

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

228

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 21 Avril 1909, à 1 heure

PAR

Paul GERARD

Des Fibromes de la Paroi Abdominale

ET EN PARTICULIER

DE LEUR STRUCTURE HISTO-PATHOLOGIQUE

Président : M. SEGOND, professeur
Juges } MM. RECLUS, professeur
 } BRISSAUD, professeur
 } M. LABBÉ, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

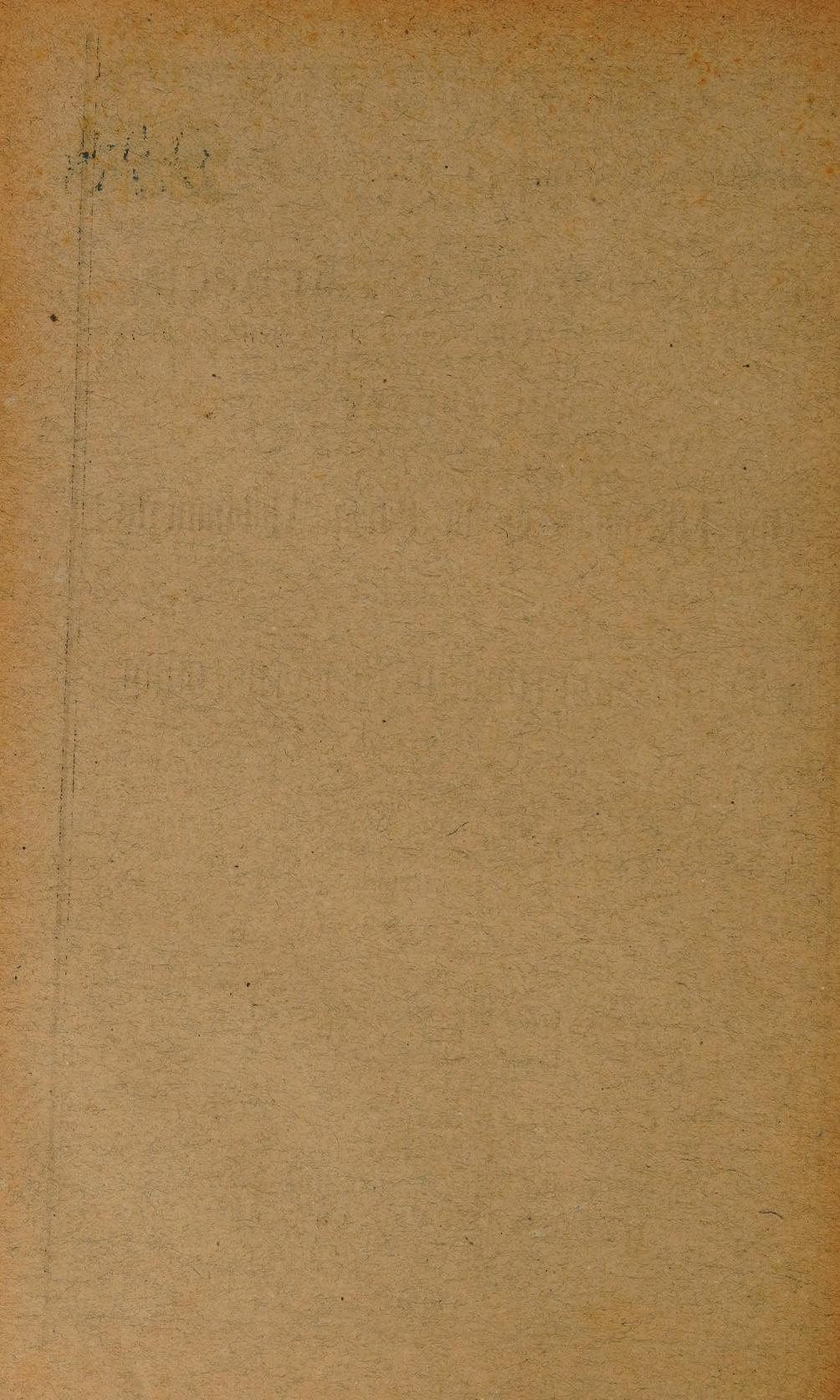
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE, Éditeur

15, rue Racine, 15

1909



228

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 21 Avril 1909, à 1 heure

PAR

Paul GERARD

Des Fibromes de la Paroi Abdominale

ET EN PARTICULIER

DE LEUR STRUCTURE HISTO-PATHOLOGIQUE



Président : M. SEGOND, professeur

Juges } MM. RECLUS, professeur
BRISSAUD, professeur
M. LABBÉ, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE, Éditeur

15, rue Racine, 15

1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène.	GILBERT
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	N...
Clinique médicale.	ROGER
	HAYEM
	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BAILLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND
Clinique chirurgicale.	DELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD
	BAR
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

Agrévés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BIZANCON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOPPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSEIME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE
LE DOCTEUR GERARD

*Témoignage d'affection et
de reconnaissance.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR BRAULT

Médecin de l'Hôpital Lariboisière

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEGENDRE

Médecin de l'Hôpital Lariboisière

A MONSIEUR LE DOCTEUR SÉBILEAU

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BONNAIRE

Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière

A MONSIEUR LE DOCTEUR MICHAUX

Chirurgien de l'Hôpital Beaujon

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Chirurgien de l'Hôpital de la Salpêtrière

Officier de la Légion d'honneur

Qu'il me soit permis, au moment de terminer mes études médicales, d'adresser un souvenir reconnaissant et respectueux à mes maîtres de la Faculté de Médecine et particulièrement à M. le Professeur Segond, qui a bien voulu me faire le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Je tiens aussi à exprimer mes remerciements les plus sincères à M. le Dr Chifoliau qui m'a inspiré le sujet de ce travail. La consultation de l'hôpital Lariboisière (service du Dr Cunéo) a été pour moi un vaste champ d'observations : à celles que j'ai prises personnellement, sont venues s'ajouter celles que M. le Dr Chifoliau a bien voulu me communiquer : qu'il trouve ici l'expression de ma reconnaissance.

DES

Fibromes de la Paroi Abdominale

ET EN PARTICULIER

De leur Structure Histo-Pathologique

INTRODUCTION

Ignorés des auteurs anciens, les fibromes de la paroi abdominale ont été étudiés pour la première fois vers le milieu du siècle dernier. Depuis, de nombreux travaux ont été faits, et, désormais, l'étiologie de ces tumeurs est claire, leur symptomatologie bien tracée, leur diagnostic facile relativement, leur traitement bien arrêté. Mais leur structure, et surtout leur provenance, peuvent être encore le thème de discussions.

Cela tient à ce que les auteurs rangent sous un groupe uniforme des tumeurs disparates de par leur histologie. On a confondu fibromes et fibro-sarcomes, fibromes et fibro-myomes, fibromes et fibro-

myxomes, et cette indécision a influencé les théories pathogéniques.

Tour à tour émanées du périoste, issues des muscles ou des aponévroses, venues de dépôts embryonnaires, les tumeurs fibreuses de la paroi abdominale seraient, pour une doctrine classique récente, des formations nées aux dépens des ligaments ronds. L'histologie hésite à accepter cette théorie et s'appuie sur deux arguments : le premier, c'est que des fibromes purs ont été, à titre exceptionnel il est vrai, rencontrés chez l'homme, le second plus important, c'est que l'examen a rarement montré dans les tumeurs fibreuses de la paroi abdominale antérieure, la présence des fibres musculaires lisses qui font partie de la texture du ligament rond. On conçoit difficilement une telle différence de structure entre l'organe primitif et la néoformation secondaire.

Ce n'est pas à dire qu'au niveau de la paroi abdominale on ne puisse trouver de tumeur développée aux dépens du ligament rond ; tout au contraire, les diverses portions intra-abdominales du ligament rond donnent des tumeurs intra-abdominales ; il doit exister de ces tumeurs nées de la portion intrapariétale de ce même ligament ; mais précisément, la signature de ces tumeurs sera la présence de fibres musculaires lisses ; la néoformation appartiendra au groupe des fibro-myomes et non au groupe des fibromes.

De même il serait puéril de nier l'existence de fibro-sarcomes, de fibro-myxomes ou autres tumeurs

qui ont leur indépendance ou leur place au niveau de la paroi.

Mais c'est une faute, croyons-nous, de ranger toutes ces tumeurs sous le nom générique de fibromes. Ceux-ci ont une structure particulière, une évolution très lente et bénigne, une origine musculo-aponévrotique. Ils méritent une place à part dans le cadre nosographique. D'eux seuls nous nous occuperons, d'eux seuls nous étudierons plus particulièrement la nature histo-pathologique.

HISTORIQUE

Il est malaisé de retracer l'histoire des fibromes de la paroi abdominale. La difficulté provient de ce fait : dans de nombreux travaux antérieurs, les auteurs acceptent comme fibromes des tumeurs qui n'ont pas été examinées histologiquement, ou chez lesquelles le microscope a révélé une structure qui implique à nos yeux une conclusion toute différente. Ainsi, il est classique de dire que Sappey en 1850 publia le premier cas de tumeur fibreuse de la paroi abdominale : or, l'examen histologique fait par Robin, démontrait la nature fibro-plastique ou fibro-sarcomateuse de la néoplasie.

La même année, paraissaient deux nouveaux cas l'un de Limauge, médecin militaire belge, l'autre de Langenbeck. Encore l'observation de Limauge n'est-elle pas absolument probante, car l'examen histologique n'a pas été fait ; mais il est permis de considérer sa tumeur comme un fibrome, en raison de la très lente évolution de l'affection, en raison de l'examen macroscopique qui ne révèle en aucun point trace de ramollissement et trace de vaisseau (V. obs. VI). Dans le cas de Langenbeck, on étudia la structure

de la tumeur qui fut étiquetée fibrome, mais on ne saurait dire la même chose de la deuxième observation du même auteur, parue quelques mois plus tard : la tumeur avait « un tissu conjonctif plus organisé au centre, plus jeune à la périphérie, où une couche rouge épaisse de 2 ou 3 lignes, montrait un tissu conjonctif très riche en sang, en nombreuses cellules ovales et fusiformes et en noyaux... Au total, la tumeur se montrait beaucoup plus jeune que la première et paraissait beaucoup plus riche en suc, spécialement à la périphérie » (obs. IX).

Bouchacourt (de Lyon), en 1851, Sautesson, chirurgien suédois, en 1855, Paget et Langenbeck, en 1856, publient de nouvelles observations qui ne sont pas de véritables fibromes : c'est une tumeur fibro-plastique à évolution rapide (cas de Bouchacourt) ; c'est aussi un fibro-sarcome d'allure maligne (cas de Sautesson) ; c'est un fibro-myxome (cas de Langenbeck). Avec l'opération de Nélaton, en 1858, nous en aurons fini avec ce que MM. Labbé et Rémy ont appelé la première période de l'historique des fibromes de la paroi abdominale.

C'est, en effet, en 1860, que l'attention fut plus vivement attirée sur cet ordre de tumeurs fibreuses par les discussions soulevées à la Société de Chirurgie, auxquelles prirent part Verneuil, Chassaignac, Gosselin et Michon et surtout Huguier, auquel nous devons la première synthèse de ces néoplasies.

En peu de temps, Huguier avait observé plusieurs cas de fibromes ; le 22 août 1860, il décrivait à la

Société de Chirurgie le résultat de ses recherches. Il désigne ces tumeurs sous le nom de tumeurs fibreuses pelviennes; il affirme leur indépendance par rapport aux organes intra-pelviens; il les trouve « constituées par des masses purement fibreuses composées de tissu fibreux pur »; il insiste sur ce fait qu'elles sont l'apanage du sexe féminin; il montre leur rapport accidentel avec le péritoine, gros danger dans leur extirpation. Enfin, il émet une erreur dont l'importance fut grande, surtout au point de vue opératoire, en donnant à ces tumeurs un pédicule. Par ce pédicule riche en vaisseaux, les fibromes vivaient, par lui ils se rattachaient aux os, d'où ils naissaient. La théorie ostéo-périostique était créée; elle n'était pourtant pas la première ébauche pathogénique. Limauge et Langenbeck en avaient conclu de l'analyse de leurs cas à la provenance « musculaire et aponévrotique » de leurs tumeurs, et ils avaient raison.

Pour amplifier sa communication, Huguier inspire l'année suivante à son élève Bodin une thèse importante qui constitue le premier travail considérable sur la question. Elle développe évidemment les idées du maître,

Cette doctrine trouve une deuxième confirmation dans une leçon clinique faite par Nélaton en 1862; ce chirurgien met en relief le rôle de l'accouchement, la très lente évolution de la tumeur; il est partisan convaincu de l'extirpation et, pour lui, « il n'y a pas de récive ».

A l'étranger, la thèse de Cornils de Kiel paraît en 1865 : c'est la première en date, l'auteur soutient l'origine fibro-musculaire de la néoformation que chacun d'ailleurs admet sans conteste. Peu après, Dardel soutenait à Berne sa thèse sur le même sujet ; Büntzen, chirurgien danois, faisait une leçon sur la « vulnérabilité du péritoine, en particulier au sujet des tumeurs prépéritonéales ». Mais chez tous, comme nous l'avons vu, il est admis que le fibrome a son origine dans le tissu aponévrotique ou au sein des muscles.

En France, cette théorie n'avait aucun partisan ; le travail de Chéron, paru en 1864, ne concerne, en effet, que l'évolution des tumeurs fibreuses de la paroi abdominale. Quelques années plus tard, à l'occasion d'une observation, Panas esquisse une nouvelle théorie pathogénique, celle qui devait ultérieurement devenir classique ; ayant opéré une tumeur de la paroi chez une multipare, il constata que la néoplasie possédait « un pédicule adhérent au ligament de Fallope... » et il conclut que la tumeur venait vraisemblablement du ligament rond.

En 1875, il faut noter l'apparition de deux travaux importants ; le premier parmi les auteurs français, Guyon, admet l'origine aponévrotique du fibrome de la paroi abdominale, qu'à juste titre, il assimile aux tumeurs analogues de la nuque et du dos ; il rejette le pédicule et par conséquent la théorie de Huguier. Sans doute, il peut exister de soi-disant pédicules, mais ceux-ci ne sont autre chose que des adhérences tardi-

ves et secondaires, n'ayant rien du rôle nourricier que leur avait prêté l'école française. Le second travail est l'œuvre d'un étranger, Senadini, de Kiel, élève d'Esmarck : dans sa thèse, Senadini a le mérite d'étudier l'application de la méthode listérienne à l'extirpation de ces tumeurs.

Puis l'année suivante, c'est Salesses qui essaie de réhabiliter la vieille opinion de tumeur pédiculée et qui préconise comme thérapeutique la ligature sous-cutanée de ce pédicule nourricier.

Nicaise, en 1878, se fait le défenseur de la théorie osseuse et du pédicule, mais sans grande conviction.

Avec Grätzer, en 1879, nous assistons à l'éclosion d'une nouvelle pathogénie ; déniaut toute influence à la grossesse, affirmant que la tumeur naît du feuillet postérieur de la gaine du muscle droit, cet auteur édifie la théorie suivante : « La disposition embryonale de Cohnheim explique tout, car les fibromes de la paroi de l'abdomen proviennent de dépôts embryonnaires qui n'ont besoin que de certaines excitations pour croître, marcher et apparaître. » Cette étiologie n'eut d'autre défenseur que Brüntzel.

Péan étudie à son tour, en 1880, ces tumeurs fibreuses ; il en décrit les caractères ; il les montre poussant en pleine épaisseur de la paroi, faciles à différencier des abcès, des kystes et des lipomes, difficiles à séparer des sarcomes, mais relevant strictement du traitement chirurgical, de « l'extraction

faite avec le bistouri ou avec le couteau rougi » ; cependant, pour l'allemand Weinlechner, le diagnostic de ces tumeurs fibreuses soulevait de grosses difficultés.

En 1883, Herzog, élève de Volkmann, fait un intéressant travail sur les fibromes ; le premier, et non sans raison, il considère ces tumeurs comme des cicatrices musculo-aponévrotiques exubérantes ; il les compare aux cals exubérants des fractures ; effectivement, certains cas paraissent justifier pleinement cette manière de voir : ce sont ceux où, à l'origine de la tumeur, on trouve un traumatisme très net.

Sur ces entrefaites, Sklifossowski, de Moscou, écrivait une série d'articles qui imprimaient un progrès au traitement des tumeurs fibreuses ; Saüger tâchait de montrer que les fibromes naissaient des aponévroses des tendons ; il les appelait « tumeurs dermoïdes » et « de propos délibéré, il ouvrait le péritoine ».

Durant ce temps les auteurs français ne restaient pas inactifs. Verneuil fait une leçon ; Trélat inspire une thèse à Guerrier ; Terrillon entretient de cette question la Société de Chirurgie.

L'année 1886 voit de nombreux travaux : c'est d'abord une observation de Nicaise ; c'est un mémoire de Terrillon ; c'est une leçon de Daniel Mollière, de Lyon ; c'est surtout la thèse de Damalix qui contient certaines remarques judicieuses sur la nature histologique des fibromes de la paroi : jusqu'à Damalix,

fibromes purs et fibromes riches en cellules, sont groupés dans une même catégorie; mais ces fibromes riches en cellules sont déjà nommés fibro-sarcomes et Damalix fait quelques réserves sur leur évolution et sur leur malignité. C'est sans doute cette raison qui le fait blâmer les chirurgiens hardis, car il songe à la récidivité de ces tumeurs.

Mentionnons seulement la thèse de Haquin sur le traitement des fibromes, celle de Loïsnel et arrivons au travail capital de MM. Labbé et Rémy paru en 1888. Dans cet ouvrage, les publications antérieures sont étudiées à fond, soumises à une judicieuse critique. L'historique est complet; l'étiologie montre la coexistence du fibrome avec la vie sexuelle, l'influence prépondérante de la parturition sur la genèse de la néoplasie. Pour ces auteurs, le pédicule est un mythe, la théorie ostéo-périostique une erreur dangereuse; le fibrome a son origine dans les parties molles. Le seul point attaquant, selon nous, c'est la question histologique: à bon droit, le fibromyome est séparé du fibrome; mais fibrome et fibro-sarcome sont une seule et même tumeur à des âges divers de son évolution... et toutes les tumeurs opérées par M. Labbé contenaient, paraît-il, beaucoup de cellules.

Depuis cette époque, il n'est paru aucun travail de cette importance: citons Lederhose, en 1890; une communication de Ledru, en 1891, une de Témoins (de Bourges), en 1893, de Gross, de Verneuil. Mesmet, en 1895, s'attarde à croire de nouveau à l'existence du

pédicule. Puis de nouvelles thèses paraissent, parmi lesquelles celle de Farayre, en 1896 ; de Bireaud et Noirot, en 1897 ; de Raguét, en 1897, dans laquelle les fibro-sarcomes sont rangés dans la classe des sarcomes ; de Duchène, en 1898. Notons aussi les articles parus dans les Traités de Chirurgie ceux de M. Michaux dans le Traité de Duplay et Reclus, enfin ceux de A. Guinard dans l'ouvrage de Delbet et Le Dentu. C'est M. A. Guinard qui s'est fait le défenseur de l'origine génitale des fibromes de la paroi. C'est sous son inspiration que paraît, en 1899, la thèse de Puyhaubert qui s'efforce de démontrer le bien-fondé de cette origine, du moins quant à la majorité des cas, en s'appuyant sur deux travaux : un article de M. Pierre Delbet et Heresco, paru dans la *Revue de Chirurgie* de 1896, au sujet des fibro-myomes du ligament rond ; et une revue générale de M. U. Guinard publiée dans la *Revue de Chirurgie* de 1898. Presque immédiatement après l'apparition de cette thèse, l'origine génitale était discutée, et M. Morestin, apportant un cas nouveau à la Société anatomique de Paris, disait « qu'elle reposait sur d'excellentes considérations théoriques, mais que les preuves absolument démonstratives manquaient » (obs. III). Deux mois plus tard, MM. Auvray et Marcille, à l'occasion d'un nouveau fibrome, qu'ils avaient opéré et dont l'examen histologique, confié au professeur Cornil, avait affirmé la nature fibreuse du néoplasme, critiquaient la nouvelle théorie génitale et soutenaient, comme nous l'avons fait dans notre intro-

duction, que là où il n'y avait pas de fibres musculaires lisses, il était bien difficile d'admettre une origine ligamentaire.

En 1902, paraît une thèse de Claret sur les tumeurs primitives de la paroi abdominale antérieure où il n'étudie, à vraiment parler, que les fibro-sarcomes, les sarcomes et autres tumeurs malignes.

En 1905, Lenormant trace dans un article original, publié par la *Revue de Chirurgie*, le tableau des kystes de la paroi abdominale, intéressant à lire pour nous, parce qu'il montre les liens cliniques qui unissent toute une catégorie de ces kystes aux tumeurs fibreuses.

Enfin tout récemment, dans le *Progrès médical* de janvier 1908, MM. Lecène et Delamare ont étudié à nouveau la question des fibromes de la paroi, et ont émis des idées fort justes et fort judicieuses sur la structure et la thérapeutique de ces tumeurs ; ils ont montré notamment et avec beaucoup de raison, que les fibromes de la paroi n'étaient pas énucléables dans toute l'étendue de leur circonférence, que la classique énucléation était souvent suivie de récurrence, que la réapparition de la tumeur était empêchée par une énucléation résection. Nous aurons d'ailleurs, au cours de notre travail, l'occasion de citer et d'approuver les idées contenues dans cet intéressant article.

ÉTIOLOGIE

On ne saurait, même de façon approximative, déterminer le début des fibromes de la paroi abdominale. Et ce n'est pas étonnant souvent la tumeur est petite, dure, d'allure très lente, d'évolution essentiellement bénigne, elle n'apporte avec elle aucun trouble fonctionnel ; pas la moindre douleur, pas la moindre gêne dans la marche. Le sujet peut ne pas s'apercevoir de l'existence du fibrome, ou, s'il remarque sa présence, il vit avec elle, car la tumeur ne lui vaut aucun désagrément et il ne va pas consulter le chirurgien.

Parmi les cas observés par le praticien, il faut aussi faire une sélection : accepter comme fibromes toutes les tumeurs dites telles de par l'examen clinique, c'est commettre de nombreuses erreurs. Une tumeur fibreuse doit avoir comme signature de son authenticité l'examen histologique. Cette considération manque à la plupart des observations des auteurs anciens.

Et cependant, même avec la confusion histologique, les auteurs insistent sur la rareté de ces néoplasies. A en croire Labbé et Rémy, Nélaton en 1861,

après vingt ans de pratique n'aurait observé que 15 à 20 tumeurs fibreuses de la paroi abdominale, Billroth 16 en vingt-trois ans ; Labbé 10 en vingt ans. Avec les prescriptions indiquées plus haut et d'ailleurs nécessaires le chiffre des fibromes de la paroi s'abaisse encore notablement, mais dans des proportions qu'il est bien difficile d'évaluer.

Est-ce à dire que le fibrome de la paroi abdominale est une rareté exceptionnelle parmi les tumeurs ? qu'il apparaît sans obéir à aucune condition étiologique ? Assurément non. Un grand fait domine l'apparition de ces néoplasies ; il a été mis en lumière par Labbé et Rémy, par beaucoup d'autres chirurgiens et il peut être énoncé dans la proposition suivante : « Le fibrome pur, dans son développement, est presque constamment lié à une gestation pré ou coexistante. »

Il est bien établi à l'heure actuelle que le fibrome est soumis à certaines causes générales, s'il échappe à la loi de l'hérédité, s'il doit être considéré comme une tumeur accidentelle (Labbé et Rémy), il est de toute évidence que l'influence du sexe est prépondérante. La rareté du fibrome chez l'homme est telle qu'on a nié son existence dans le sexe masculin, c'est d'ailleurs cette rareté, c'est surtout le développement de la tumeur à la période d'activité sexuelle qui a inspiré l'origine génitale du néoplasme.

Donc le fibrome de la paroi abdominale appartient à la femme, il se développe pendant la période d'activité sexuelle. Tous les cas opérés par Billroth con-

cernaient en effet des femmes âgées de vingt, vingt-cinq et trente-cinq ans. Et depuis tous les auteurs ont insisté sur ce fait.

Mais les rapports entre la jeunesse de la malade et l'apparition de la néoplasie ne sont pas l'œuvre d'une pure coïncidence. Avec Labbé et Rémy, nous croyons que ces rapports sont sous la dépendance de conditions mécaniques précises, dictées par la grossesse. La gestation agit sur les muscles et organes de la paroi en leur imposant un surcroît de travail, en les distendant, en les ramollissant, en les rupturant parfois. Sur ces organes ainsi modifiés, il doit se produire au moment de l'accouchement où toutes ces conditions sont maxima, des éraillures, cicatrices futures où pourra se développer une néoplasie fibreuse.

Il n'est pas téméraire d'interpréter de cette façon la genèse de la tumeur. Témoins les cas de fibromes apparus chez l'homme où, par deux fois l'origine traumatique était évidente et sans doute indiquait une rupture ou une éraillure musculo-aponévrotique sous-jacente.

Cette manière de voir fut celle de Ebner, de Herzog, pour qui les phénomènes se succéderaient suivant cet ordre : traumatisme initial léger ou continu, éraillure secondaire plus ou moins importante, avec travail inflammatoire réactionnel réparant muscles ou aponévroses endommagés. Ce travail inflammatoire débiterait après la résorption de l'hématome causé par le traumatisme, se transformerait en cica-

trice, laquelle deviendrait exubérante et donnerait de ce fait naissance à une tumeur. Il se passerait dans ce cas particulier ce qui a lieu au sein d'une chéloïde.

Pour le moment, nous réservant de développer ce point de vue dans le chapitre de la pathogénie, nous nous contenterons de signaler ce fait à savoir que le fibrome semble être la résultante d'une cicatrice évoluant suivant le type exubérant. Nous ne donnerons, sans les commenter, que les preuves suivantes : récidence des fibromes purs, après opération apparemment bien réglée (Pfüffer signale plus de trente fibromes opérés récidivant *in situ* sur une centaine de cas qu'il a pu réunir) ; opinion de Lanceaux qui, dans son *Traité d'anatomie pathologique* de 1875, dit que le fibrome adulte est un « tissu cicatriciel parfait » ; cas dans lesquels la tumeur a paru, après un accouchement à la suite de contractions violentes et même de sensations douloureuses simulant une déchirure (voir observation de Cornils, de Kiel).

En résumé le fibrome de la paroi abdominale antérieure semble être une tumeur presque exclusivement féminine, essentiellement liée à la grossesse, bien plutôt dépendante de l'effort mécanique de l'accouchement, qui détermine une rupture musculaire sentie ou non perçue par la malade ; cette déchirure se cicatrise, le léger hématome secondaire se résorbe et le tissu cicatriciel devenant exubérant

par un mécanisme qui nous échappe encore, forme tumeur, devient fibrome de la paroi.

Cette doctrine existe d'ailleurs à l'état parcellaire dans les auteurs anciens ; mais il nous semble que jusqu'ici elle n'avait pas été formulée de façon aussi explicite. Ce qui avait frappé les chirurgiens, c'était le traumatisme pour les uns, c'était la grossesse pour d'autres, c'était enfin, aux yeux de MM. Labbé et Rémy, l'accouchement qui avait le rôle prépondérant. Le rôle de la grossesse surtout avait attiré l'attention, provoqué des discussions. Et ce facteur étiologique est effectivement tellement important qu'il nous semble que nous ne saurions mieux finir notre chapitre d'étiologie qu'en étudiant à fond les rapports existant entre la gestation et la néoplasie fibreuse.

Les premiers chirurgiens qui s'occupèrent de la question, hypnotisés par l'idée du pédicule, qui, nous le savons, ne fut pas acceptée à l'étranger, n'attachèrent au sexe aucune importance : ainsi Huguier et Bodin, Nélaton, signalent la grossesse comme un antécédent constant sans lui donner autrement d'importance. Plus tard, des auteurs français, même assez récents, Nicaise, Guyon, Salesses, tâchent de faire entrer ces fibromes dans une classe générale : et pour eux des fibromes de la paroi sont de simples « fibromes aponévrotiques » du tronc sans caractères spéciaux. Damalix semble être le premier à entrevoir, d'ailleurs obscurément, les relations qui unissent la néoformation à l'accouchement.

A l'étranger toutefois, ces rapports avaient été envisagés de bonne heure, notamment par Senadini, par Ebner qui observe une tumeur « paraissant avoir succédé à une rupture musculaire résultant d'un effort violent ».

Mais c'est surtout à Labbé et Rémy qu'on doit la mise en relief de la grossesse, et en particulier de l'accouchement.

« L'accouchement, disent-ils, doit être considéré comme produisant une série d'efforts violents qui peuvent amener une rupture musculaire. De semblables faits ont été relatés, et c'est là une cause de traumatisme qui peut expliquer la fréquence des tumeurs chez la femme.

Nous avons trouvé des cas où il était évident que le fibrome a succédé à l'accouchement, mais la femme n'a pas perçu le moment précis de la déchirure. L'explication de *l'action de la grossesse* sur ces tumeurs a été de plusieurs manières. Il est certain que la grossesse amène une distension des parois, cette distension peut être portée au point de produire des éraillures aponévrotiques, et nous trouvons dans Saüger un fait de ce genre tout à fait démonstratif : il a observé une femme, pendant trois grossesses, qui se succédèrent à peu d'intervalle. A la première, il vit paraître au sixième mois une tumeur en dehors de la ligne blanche au niveau du muscle droit, qui disparut après l'accouchement. A la deuxième grossesse, la même tumeur se reproduisit encore vers la même époque pour disparaître après la délivrance.

A la troisième grossesse, nouvelle apparition et nouvelle disparition (notons, par parenthèse, qu'il ne s'agissait pas d'un fibrome de la paroi abdominale, si nous avons reporté cette donnée de Säüger c'est pour montrer l'existence des éraillures comme source de tumeurs).

« A notre avis, ajoutent Labbé et Rémy « le véritable agent de la tumeur c'est l'effort de l'accouchement ». Voilà pourquoi ces tumeurs surviennent surtout chez les femmes ; car dans aucune espèce d'effort étudié en physiologie, les muscles de l'abdomen de l'homme ne sont soumis à des contractions aussi intenses, aussi prolongées et aussi fréquemment renouvelées que celles dont nous venons de parler.

Tel est le plaidoyer le plus convaincu en faveur de l'influence de l'accouchement. Les auteurs précités ont fait de ce facteur plus qu'une cause, une théorie : la théorie mécanique du fibrome. Ils ont poussé trop loin leur exclusivisme, car il existe des cas développés chez l'homme ou chez la femme n'ayant pas eu d'enfants. Il n'en reste pas moins acquis qu'ils ont donné à juste titre une place prépondérante à la grossesse et à l'accouchement, dans l'apparition de ce genre de néoplasies. Et depuis, tous les chirurgiens ont insisté sur ce rôle de la gestation et de la parturition. Dans une série de publications médicales, le professeur Gross, de Nancy, montre également l'influence de la grossesse ; si, d'accord avec Lederhose il se refuse à croire que la rupture musculaire au

cours de l'accouchement est l'effet de la tumeur préexistante et une source d'une néoplasie future ; il admet toutefois « que la congestion, la distension et le tiraillement des parois pendant la grossesse, la fatigue par les efforts de l'accouchement sont la cause occasionnelle, la *causa movens* qui fait éclore une néoplasie, dont la cause première et déterminante doit être recherchée dans une prédisposition locale et individuelle, comme pour tout néoplasme en général ».

D'autres auteurs ont montré dans leurs présentations le développement progressif et rapide de la tumeur fibreuse après l'accouchement ; certains ont étudié les phénomènes qui se passaient dans le fibrome pendant la période des règles.

De la série de ces nombreux travaux il est permis de tirer la conclusion suivante qui d'ailleurs se retrouve dans les ouvrages classiques les plus récents : *Le fibrome de la paroi participe à l'évolution de l'utérus, il est intimement lié à l'appareil génital de la femme.*

Jusqu'ici nous avons établi par le témoignage presque unanime des auteurs la coexistence fréquente sinon nécessaire du fibrome de la paroi et de la génitalité de la femme. Voyons maintenant pour finir quelle influence réciproque ces deux facteurs exercent l'un sur l'autre. Si nous démontrons que cette influence existe, nous démontrerons d'une façon plus nette encore, *ipso facto*, le rôle étiologique de la gestation et de l'accouchement.

Il serait téméraire de chercher dans l'étude de ce problème, une démonstration rigoureuse. Les rapports ne sont pas intimes, mais dans certains cas ils ont été assez nets pour mériter l'attention de l'observateur. Langenbeck notamment, Bodin, Labbé ont mentionné l'influence de la tumeur sur les règles : les troubles menstruels ont duré plus ou moins longtemps et ils ont surtout consisté en dysménorrhée, et même en métrorragies, mais ces phénomènes sont trop inconstants pour qu'on les élève à la hauteur d'une règle générale et il est plus vrai de dire que normalement le fibrome n'influence en aucune façon la période menstruelle. Néanmoins les faits positifs ont pour nous assez d'importance pour que nous les ayons signalés.

L'influence inverse de la menstruation sur l'évolution du fibrome a également été notée, mais de façon exceptionnelle. Ainsi on aurait vu des fibromes grossissant de façon appréciable après chaque époque menstruelle, des fibromes « siège d'élancements que la malade compare à des coups d'épingles plus forts avant et après les règles, de véritables douleurs pendant toute la durée des menstrues ».

Pour nous résumer, nous dirons que fibromes et menstrues ont des rapports bien imprécis, bien qu'existants. Et cependant nous ne pouvons nous empêcher de songer que la tumeur fibreuse n'apparaît pour ainsi dire jamais avant l'éclosion de la

vie génitale féminine, et qu'elle est une exception bien rare après la ménopause.

Plus intéressante est la question des rapports unissant fibromes et grossesse. Sans doute la tumeur n'a aucune influence sur la grossesse, et il n'a pas été signalé d'interruption de la gestation, chez une femme atteinte de fibrome de la paroi. Il en est tout autrement de l'action de la grossesse sur la néoplasie : il y a des cas absolument certains où le fibrome a apparu pendant la grossesse ; plus nombreux sont ceux où pendant la grossesse la tumeur a notablement grossi (cas de Herzfelder, d'Esmarch, de Labbé, de Bodin).

Donc la gestation agit sur l'évolution de ces tumeurs parfois de façon mathématique. La lecture minutieuse de telle ou telle observation nous montre une tumeur fibreuse évoluant à longue échéance chez une femme devenant plusieurs fois enceinte ; cette tumeur reste stationnaire pendant l'intervalle des gestations, mais à chaque grossesse elle reçoit un coup de fouet qui détermine une augmentation notable de volume. Où trouver une preuve plus saisissante des rapports de ces deux facteurs !

Enfin nous signalerons le fait d'une tumeur ayant apparu pendant l'accouchement et dont la première manifestation a été la sensation d'une déchirure, laquelle fut suivie de la formation d'une néoplasie. La malade elle-même remarqua et fit remarquer le lien qui unissait sa grosseur à la douleur perçue pendant l'accouchement.

En somme ces faits sont la confirmation absolue de la proposition que nous avons énoncée au début de ce chapitre d'étiologie : *Le fibrome pur, dans son développement, est presque constamment lié à une gestation pré ou coexistante.*

Mais ce n'est là qu'un côté du problème étiologique et pathogénique des fibromes de la paroi abdominale, il faut le compléter en disant et en prouvant comme nous essaierons de le faire plus loin, que la gestation n'agit qu'indirectement, qu'elle n'a qu'un rôle mécanique, que le nœud de la question est la formation d'une cicatrice, fruit d'une éraillure ou d'une rupture musculaire, évoluant vers le mode exubérant.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le point le plus intéressant du chapitre anatomo-pathologique consiste dans l'étude de la texture histologique des tumeurs fibreuses pures de la paroi abdominale antérieure.

Toutefois cette question doit être scindée en deux, il nous faut tout d'abord envisager les qualités macroscopiques des fibromes, les considérer sur l'individu, les étudier sur la table d'opération, après que le bistouri du chirurgien les a extraits de la paroi abdominale. Ensuite, il faut couper la tumeur en plusieurs points de son étendue, tant dans son centre qu'au niveau de sa périphérie, et confier au seul microscope le soin de juger en dernier ressort de la nature du néoplasme enlevé. Encore une fois, c'est là le nœud du sujet qui nous occupe, d'autant plus intéressant que dans l'immense majorité des observations, le chapitre d'histologie est réduit à son strict minimum, quand il n'est pas complètement dédaigné.

Hormis quelques cas exceptionnels, qui pourraient même se chiffrer par unités, les fibromes de la paroi abdominale sont des tumeurs uniques. Tous les points de la sangle musculo-aponévrotique paraissent capables de leur donner naissance. Il est toute-

fois classique de dire que ni la région ombilicale, ni la ligne médiane xipho-pubienne ne soient le siège de néoplasies fibreuses.

Effectivement, il ne semble pas y avoir d'observations de fibrome développé au niveau de l'ombilic, encore que cette partie de l'organisme puisse former des tumeurs variées, des fibro-papillomes, par exemple. Mais pour ce qui concerne la région médiane au-dessus et au-dessous de l'ombilic, la doctrine classique est dans l'erreur. Maint chirurgien a extrait de la région médiane de l'abdomen des tumeurs dont la nature fibreuse a subi l'indispensable contrôle du microscope : à preuve, les cas de Letailleur et de Ebner, dont nous rapportons les observations extraites de l'ouvrage de MM. Labbé et Rémy.

Il ne faut pas d'ailleurs attacher trop d'importance au siège de la néoformation ; il faut surtout se garder de tirer de cette donnée un argument en faveur de telle ou telle théorie, comme certains l'ont fait. Sans doute le fibrome a ses lieux de prédilection et nous les étudierons plus loin. Mais, non pas très rarement il s'affiche dans une situation anormale ; il aime parfois à être aberrant : témoin l'observation de M. Morestin publiée dans le *Bulletin de la Société anatomique* du mois de novembre 1904. Bien que ce cas paraisse sortir du cadre que nous nous sommes tracé, nous avons cru devoir le reproduire ici pour les raisons suivantes : c'est une tumeur d'origine nettement musculo-aponévrotique ; un exa-

men histologique consciencieux a révélé une structure purement fibreuse ; la néoplasie appartient à un homme, enfin et surtout (point sur lequel nous insisterons tout à l'heure) l'auteur attire l'attention sur ce fait que la tumeur n'était pas encapsulée. Ces titres justifient amplement sa place dans ce travail. Voici l'observation.

OBSERVATION (M. H. Morestin)

Fibrome lombo-iliaque

Arsène H..., employé de chemin de fer, conducteur de trains, âgé de trente-six ans, est entré le 10 septembre 1904, à l'hôpital Saint-Louis, salle Cloquet, n° 18, dans le service de M. Ricard que je remplaçais. Il est porteur d'une tumeur occupant la région lombaire du côté gauche au voisinage de la crête iliaque ; l'existence de cette tumeur a été reconnue depuis trois ans déjà. Pendant ces trois années, il a éprouvé à diverses reprises de la courbature lombaire, des douleurs dans la région où siège sa grosseur, et il en a même pris prétexte pour se reposer de temps à autre pendant quelques jours. Il ne paraît pas très robuste, mais cependant sa santé générale est bonne, et la lésion actuelle est sa première maladie. A la palpation on reconnaît très aisément un peu au-dessus de la crête iliaque, dans l'épaisseur du bord externe de la masse sacro-lombaire, la présence d'une tumeur dure qui fait d'ailleurs un léger relief appréciable à l'œil, en soulevant les téguments demeurés intacts.

Son volume est comparable à celui d'une petite orange,

Elle est mobile quand les muscles sont en résolution, le malade couché sur le ventre ou sur le côté opposé ; mais elle est fixée par la contraction des muscles. Sa consistance est uniforme, dure, ligueuse.

La palpation en est indolente.

En discutant le diagnostic, on pense à la possibilité d'un abcès froid, vu sa fréquence en cette région ; l'aspect chétif du sujet, les renseignements fournis par lui sur sa famille (père et frère morts phtisiques) apportaient un faible appoint à cette supposition, de même que les douleurs lombaires éprouvées par le malade. Mais les choses duraient depuis trois ans, la tumeur était d'une dureté extrême, et l'examen du rachis et de la crête iliaque ne révélaient aucun point douloureux, et enfin tous les mouvements s'opéraient avec une souplesse parfaite.

L'hypothèse d'un kyste hydatique était défendable en présence d'une masse arrondie logée dans l'épaisseur des muscles, rien ne permettait de la repousser, ni d'ailleurs de l'accepter comme probable. J'aurais pu pratiquer une ponction exploratrice, mais elle me parut inutile, l'extirpation devant être le meilleur traitement du kyste si c'en était un. Or le diagnostic auquel nous nous arrêtons finalement et qui à vrai dire était le seul vraisemblable, celui de fibrome ou de fibro-sarcome, commandait expressément l'intervention. Celle-ci fut pratiquée le 12 septembre, à l'aide d'une incision oblique de haut en bas et de dedans en dehors longue de 12 centimètres.

L'opération fut un peu plus laborieuse qu'on ne l'eût supposée. En effet *la tumeur n'était pas encapsulée*. Au contraire elle adhérait intimement aux parties environnan-

tes, notamment aux aponévroses qui engainent la masse sacro-lombaire et au périoste de l'os iliaque. La dissection fut gênée notablement par un écoulement sanguin assez abondant. Quand elle fut terminée on voyait au fond de la plaie, reconnaissables à leur direction, les fibres des muscles sacro-lombaires et du grand oblique et du carré des lombes, l'aponévrose du grand dorsal ayant été en partie réséquée, avec une certaine quantité de faisceaux des muscles spinaux.

Sutures profondes, drains, réunion superficielle comme à l'ordinaire.

Les suites sont d'abord très simples et le drain est retiré le deuxième jour. Mais son enlèvement est prématuré. Au sixième jour la température s'élève à 38°. Le lendemain je vérifie le pansement, et la région me paraissant un peu tendue je fais sauter les fils, écarte les lèvres de la plaie à la partie moyenne, donne issue à un hématome assez considérable et remets un gros drain. Le soir même la température est redevenue normale. La guérison est complète à la fin du mois de septembre et le malade quitte l'hôpital le 5 octobre, parfaitement rétabli.

La tumeur examinée à l'état frais est assez régulièrement ovoïde, très dure, crie sous le scalpel. La surface de section offre une coloration blanchâtre à reflet brillant. On y reconnaît des sortes de gros faisceaux disposés très irrégulièrement. L'aspect, la consistance sont bien d'un fibrome. Cependant pour en avoir l'absolue certitude l'examen histologique est fait. Il s'agit bien et les préparations en témoignent, de fibrome absolument pur.

Sans nous attarder plus longtemps sur le siège anormal de cette tumeur, par ailleurs si typique nous pouvons dire que le fibrome se développe volontiers à l'épigastre, à l'hypogastre, dans l'aîne, dans l'hypocondre droit ou gauche, mais que ses points favoris sont la zone des muscles droits et les régions ilio-inguinales. S'il est facile de préciser le siège topographique de la néoformation quand elle est petite, il va sans dire qu'on se préoccupe beaucoup moins de sa situation originelle quand elle atteint un développement tel qu'il cache une grosse étendue de la paroi antéro-latérale.

Il est également très difficile d'assigner à la tumeur fibreuse un siège anatomique précis : les premiers auteurs ont surtout signalé la fusion fréquente du fibrome avec le péritoine et on a nommé le fibrome « tumeur prépéritonéale ». Lagrange, à tort d'ailleurs, le plaçait dans le tissu cellulaire sous-cutané ; il le faisait venir de ce tissu cellulaire et ne lui reconnaissait avec les aponévroses que des rapports de contiguité.

Ce que l'on sait, c'est que ni la peau, ni le tissu adipeux sous-cutané, ni la couche celluleuse sous-jacente ne donnent naissance à ce fibrome. La preuve c'est que les plans superficiels glissent sur la tumeur, sont indépendants d'elle. Certes l'on peut voir au niveau du fibrome les tissus s'amincir ; dans des cas exceptionnels des adhérences pourraient s'établir, des altérations superficielles se produire. Mais il faut pousser les choses à l'extrême, il faut entrer

dans le domaine de la rareté pour voir la peau s'œdématiser, s'indurer, même s'ulcérer ; les cas de Limauge, de Herzfelder, de Letailleur sont à cet égard démonstratifs.

Somme toute, on peut dire que le fibrome siège dans l'épaisseur des masses musculaires ou aponévrotiques de la paroi. N'est-ce pas d'ailleurs tout naturel si on admet notre théorie de la cicatrice musculo-aponévrotique ? Et suivant leur développement on pourra dire avec Damalix que les fibromes sont superficiels ou prépéritonéaux.

Mais toujours ces tumeurs sont recouvertes par les lames aponévrotiques antérieures des gaines musculaires de l'abdomen. Dans son processus, la tumeur refoule la gaine, la tasse, la distend et souvent lui adhère ; de même le muscle cède devant la néoplasie envahissante, parfois englobante ; il n'est pas jusqu'au péritoine, qui dans les fibromes à développement postérieur ne subisse l'influence de la tumeur, influence qui se traduit par des adhérences tellement intimes qu'il faut absolument au cours de l'intervention réséquer une portion de la séreuse. Il semble inutile d'insister en disant que certains fibromes ne s'attaquent qu'aux fibres musculaires, et que de ce fait ils restent libres entre les deux feuillets de la gaine du muscle.

Le volume du fibrome est très variable ; le plus souvent il est gros comme une noisette quand le malade le remarque. Les tumeurs que le chirurgien est appelé à constater sont communément grosses comme un œuf de poule, une orange. Beaucoup

ont le volume d'une tête de fœtus ; quelques-uns plus rares offrent les dimensions d'une tête d'adulte. Quant aux tumeurs énormes observées au niveau de la paroi abdominale, quant à ces soi-disant fibromes descendant jusqu'aux genoux, il nous semble bien difficile de leur donner une structure purement fibreuse.

Tels sont les caractères présentés *in situ* par la tumeur. Quand elle a été énucléée par le bistouri, elle nous en présente d'autres relatifs à sa forme, sa couleur, sa consistance. Avant d'étudier ces dernières qualités, il nous faut élucider deux points qui ont à nos yeux une grosse importance et à propos desquels nous entrerons en conflit avec les doctrines classiques, tout en étant d'accord avec plusieurs de nos jeunes maîtres des hôpitaux. Nous voulons parler du pédicule et de la capsule de la néoplasie fibreuse.

L'on sait que beaucoup d'auteurs anciens, surtout en France, faisaient du fibrome une tumeur pédiculée, d'où découlait la théorie ostéo-périostique ; on sait aussi que cette théorie avait fait éclore une thérapeutique inefficace quand elle n'était pas dangereuse. Le pédicule semblait avoir pour lui une existence clinique : les observateurs avaient noté la présence de cordes se détachant de la tumeur pour aller se fixer au voisinage, en particulier sur les os voisins. Sans doute, à l'opération, ces cordes, ces pédicules n'avaient pas été toujours retrouvés et souvent pour ne pas ruiner la théorie, on se contentait de

vagues travées cellulo-fibreusès lâches, d'adhérences avec les os voisins comme représentants du pédicule. Sans doute à l'étranger on n'attachait aucune importance à ce pédicule, même³ dûment constaté. Mais l'école française tenait à lui et consciencieusement le sectionnait pour faire atrophier et disparaître la tumeur, qu'elle privait, disait-elle, de sa source nutritive. Il appartenait à MM. Labbé et Rémy de détrôner définitivement le pédicule du rôle abusif qu'il avait usurpé, de dire que le pédicule n'existait pas souvent s'il avait jamais existé. Et depuis, tous les auteurs ont confirmé l'opinion de ces deux maîtres.

Est-ce à dire qu'il n'y a jamais de fibrome d'apparence pédiculée ? Loin de nous cette pensée, car il n'est pas rare de voir de la périphérie de la tumeur se détacher des expansions de même nature que la néoplasie formant un pont qui les rattache soit au squelette voisin, soit aux insertions aponévrotiques de la région. Damalix les avait expressément signalés. Plus récemment Abbadie dans l'observation que nous rapportons fait remarquer que la tumeur était adhérente par un pédicule à l'épine iliaque antéro-supérieure. Caubet apporte à la Société anatomique un fibrome enlevé par lui et possédant deux pédicules. Nous transcrivons ici son observation, car elle nous permettra de juger cette question du pédicule.

(Henri Caubet. — *In Bulletin de la Société anatomique*
de juillet 1902.)

Fibrome de la paroi abdominale à double pédicule

Marie G..., domestique, trente ans, entre à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. le Dr Bazy le 16 mai 1902.

Réglée à quatorze ans, irrégulièrement.

Mariée à vingt-six ans, les menstrues deviennent régulières.

Première grossesse à vingt-huit ans, accouchement normal à terme.

Deuxième grossesse à vingt-neuf ans, avortement de deux mois.

Troisième grossesse fin octobre 1901 ; la malade fait une fausse couche de quatre mois et demi le 11 février 1902 sans complications.

C'est au cours de cette dernière grossesse, dans le courant, de novembre 1901, que la malade s'est aperçue de la présence de la petite tumeur pour laquelle elle se décide aujourd'hui à entrer à l'hôpital. La tumeur s'est développée à l'insu de la malade qui s'en est aperçue par hasard en palpant son ventre ; elle n'a jamais occasionné de douleurs ; aucun effort dans les souvenirs de la malade n'a pu expliquer son développement.

Examen. — La tumeur siège dans la région inguinale droite, à un travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale au niveau de la partie externe de celle-ci, à deux travers de doigt environ de l'épine iliaque antéro-supérieure. La palpa-

tion révèle une tumeur du volume d'un œuf de poule, lisse, ovoïde, dure, régulière, de consistance uniforme, elle est bien mobile, surtout dans le sens vertical ; dans le sens transversal, au contraire, sa mobilité est limitée, ce qui permet de supposer qu'elle est plus ou moins adhérente profondément à la fosse iliaque. Si enfin on fait asseoir la malade pour qu'elle contracte les muscles de sa paroi, on constate que la tumeur est complètement immobilisée. Il s'agit donc d'une tumeur développée dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

Opération. — 20 mai. — Incision longue d'environ 12 centimètres, à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale et parallèle à celle-ci. On incise successivement la peau, l'aponévrose du grand oblique, le muscle petit oblique ; la tumeur est au-dessus de ce muscle et lui adhère de façon intime ; pour dégager la tumeur il faut inciser au bistouri les fibres musculaires qui s'y insèrent. On voit alors que la tumeur est ovoïde et que son grand axe est parallèle à l'arcade crurale, c'est-à-dire oblique en bas et en dedans.

Des deux pôles de la tumeur partent deux tractus fibreux de forme et de dimension différentes ; ces deux prolongements fibreux sont très nets, bien distincts des tissus qu'ils traversent ; on les aperçoit à première vue, de sorte qu'il est impossible de douter de leur existence, en supposant qu'ils aient été créés artificiellement par la dissection ou en élevant les tissus avec les doigts. Le pédicule interne est le plus long, il a le volume d'une plume d'oie ; il est arrondi et paraît exclusivement fibreux. Il se dirige en dedans et en bas vers la ligne médiane, appliqué contre la graisse sous-péritonéale, sur laquelle il tranche bien par une coloration nacréee ; il n'a

aucune connexion ni avec le péritoine ni avec la paroi abdominale dont il est bien distinct, il vient croiser la face antérieure de la vessie et se fixe enfin à la face postérieure du pubis près de la ligne médiane. Sa longueur totale est de 8 à 10 centimètres.

Le pédicule externe est plus volumineux et plus court de beaucoup, il est fibro-musculaire ; après un trajet de 2 à 3 centimètres il va se fixer en s'épanouissant à la lèvre interne de la crête iliaque, à 2 centimètres au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure. Ces deux pédicules sont sectionnés ; ils ne sont pas vasculaires. La tumeur ne présente plus alors aucune adhérence et il est très facile avec les doigts de la séparer de la graisse sous-péritonéale sur laquelle la tumeur repose directement par sa face postérieure, sans adhérer au péritoine. On termine l'opération en suturant, puis en un second plan, par un surjet au catgut le muscle petit oblique, l'aponévrose du grand oblique, enfin la peau aux crins de Florence.

Examen de la tumeur. — La tumeur est du volume d'un petit œuf de poule, de forme ovoïde, régulière, sauf une petite bosselure sur l'une de ses faces. La face postérieure est lisse ; sa face antérieure montre l'insertion des fibres musculaires du petit oblique. La tumeur est entourée d'une capsule conjonctive.

A la coupe, la tumeur a macroscopiquement l'aspect d'un fibrome. L'examen histologique a montré qu'elle a la structure classique des fibromes de la paroi abdominale « tissu fibreux pur » sans fibres élastiques ni fibres musculaires.

Il n'est peut-être pas d'observation où le pédicule

soit l'objet d'une meilleure et plus minutieuse description que dans ces quelques lignes de Caubet. L'existence du pédicule paraît indéniable, à lire le compte rendu de l'opération. Faut-il donc revenir à l'ancienne théorie ? Nullement. Écoutons pour nous en convaincre les remarques qu'a suggérées à Caubet le fibrome extirpé.

« 1° Le fibrome était développé aux dépens du transverse et de son aponévrose, cela n'est pas douteux, car le petit oblique adhérait à la face antérieure de la tumeur et sa face postérieure reposait directement sur la graisse sous-péritonéale ;

« 2° Quelle est la signification des pédicules ? Ils semblent être des prolongements de la capsule conjonctive qui entoure la tumeur plutôt qu'une émanation de la tumeur elle-même. Ils ne doivent d'ailleurs jouer aucun rôle dans la nutrition du fibrome puisque leur section montre qu'ils ne sont pas vasculaires ! pour cette raison il est peu probable qu'ils représentent le point de départ primitif de ces tumeurs fibreuses. »

Ainsi dans l'observation qui en apparence plaide le mieux en faveur de la théorie ostéo-périostique avec pédicule nourricier de la tumeur, les deux pédicules sont réduits à leur vraie expression, c'est-à-dire au titre soit d'adhérences secondaires, soit de prolongement de la capsule.

La question est donc jugée définitivement et MM. Labbé et Rémy avaient raison de ruiner l'importance de ce pédicule.

Les « cordes » que sentira le clinicien lors de l'exploration de la tumeur, les tractus que le bistouri rencontrera au cours de sa libération ne sont que des pseudo-pédicules, dont le rôle physiologique est nul. Une seule chose pourrait leur attirer quelque considération si elle parvenait à être démontrée : ce serait la constatation d'une néoplasie fibreuse se développant sur la surface de section du prolongement pédiculaire. Bien entendu, aucun fait de ce genre n'a été signalé.

Il serait bon de retrancher de l'histoire des fibromes de la paroi ce mot de pédicule, qui involontairement fait naître dans l'esprit une confusion. Pour nous, contentons-nous de nier son existence.

Donc le fibrome est une tumeur sessile. Est-ce une tumeur encapsulée ?

Il semble à première vue que la réponse doit être affirmative. La facilité avec laquelle certains chirurgiens ont procédé à l'ablation des fibromes, les caractères cliniques qui appartiennent à ces tumeurs, l'intégrité des plans sus-jacents avaient frappé les premiers observateurs, qui avaient rangé ces tumeurs dans la catégorie des néoformations bénignes. Et effectivement le fibrome est une tumeur bénigne. Or, les caractères d'une néoplasie bénigne, ce sont la mobilité, l'indépendance des plans voisins, la limitation et surtout l'encapsulement, joignons-y la facile énucléation, la non-récidive après l'ablation et la non-généralisation.

Il était donc naturel qu'on reconnût une capsule au

fibrome. De fait, toute la doctrine classique l'admet. Pour MM. Labbé et Rémy, « les fibromes sont toujours encapsulés. Ils possèdent de ce fait l'un des caractères de bénignité les plus nets que l'on connaisse ». Ainsi donc, d'après ces auteurs, la bénignité serait surtout prouvée par l'existence de la capsule. Nous croyons, nous, que ce caractère bénin s'appuie plutôt sur la texture de la tumeur.

Dans les articles des traités de chirurgie moderne, il est également dit « que les fibromes de la paroi sont des tumeurs bien circonscrites, le plus souvent encapsulées, il est facile de les décortiquer de la capsule grisâtre qui les entoure ».

Caubet, dans l'observation citée plus haut, affirme aussi l'existence de la capsule.

Cette opinion n'a pas rallié tous les esprits et elle tend à être battue en brèche. Il y a déjà longtemps que des adhérences intimes avec le voisinage, surtout avec les muscles voisins, ont été signalées ; que par conséquent la capsule était discutée. Volkmann, opérant un fibrome le 24 juin 1879, trouva la tumeur facile à énucléer des parties environnantes, à l'exception de quelques adhérences solides au muscle droit et au péritoine ; malgré cela, et non sans quelque contradiction, il affirme l'existence d'une capsule nette « que traversaient quelques fibres musculaires coupées ras ».

Daniel Mollière est obligé de sectionner au bistouri les adhérences intimes qui lient son fibrome au muscle et à l'aponévrose ; il affirme que des faisceaux

musculaires et fibreux se portent en grand nombre sur la tumeur qu'ils enlacent, qu'ils recouvrent et à laquelle ils sont unis tellement que la décortication est impossible. Et tout cela ne l'empêche pas de conclure en faveur d'une capsule.

Les défenseurs les plus convaincus de cette enveloppe hésitent eux-mêmes. Labbé la trouve « spéciale », elle attire son « attention » ; ce n'est pas « une simple membrane celluleuse ou fibreuse », c'est une série de membranes concentriques, souvent très minces « superposées en nombre considérable », ces enveloppes sont formées « par la distension, le refoulement et l'amincissement des aponévroses et des couches conjonctives des muscles ».

Forgue admet également la capsule ; mais il ajoute qu'au-dessus d'elle, le tassement par la tumeur des organes voisins détermine la formation de plusieurs pseudo-capsules.

L'opinion classique voulant concilier tous les faits devient obscure et confuse. A la lumière de l'histologie, à la faveur d'une bonne dissection, tout semble s'éclaircir. N'oublions pas que le fibrome est originellement, si on peut ainsi parler, une cicatrice à évolution exubérante et diffuse ; ceci admis, il est facile de comprendre que de par son origine, le fibrome n'est pas encapsulé : on n'a jamais dit d'une cicatrice qu'elle possédait une capsule. Plus tard, en se développant, la tumeur garde toujours son caractère exubérant, elle ne saurait avoir une capsule, à moins que l'on entende désigner sous ce nom le tas-

sement qui se fait à la périphérie de la tumeur tassément formé par les enveloppes plus ou moins nombreuses appartenant tant au tissu encore sain qu'à la néoformation.

Au reste si la tumeur était bien circonscrite, bien encapsulée, comment expliquer les adhérences intimes contractées avec le voisinage ? Comment légitimer les récidives *in situ*. Et cela existe pourtant. Nous en avons eu une nouvelle preuve dans l'excellent article de MM. Lecène et Delamare, paru dans le *Progrès Médical* du 18 janvier 1908.

A propos de la capsule et de la limitation, ces auteurs écrivent : « L'examen de trois pièces de fibrome ne nous permet pas d'être aussi affirmatifs que les traités de chirurgie. Ces tumeurs ne sont pas partout encapsulées et se confondent toujours en un point avec le tissu musculaire strié de la paroi dans lequel elles s'infiltrèrent même sur une certaine étendue. » Pour eux, en beaucoup de points il existe une capsule celluleuse très lâche, conforme aux interprétations classiques, mais le plus souvent en arrière il y a des adhérences intimes et il est impossible d'y déceler une capsule.

Toujours dans le même article, il est dit que M. Souligoux a opéré un fibrome, gros comme un poing, siégeant dans la gaine du muscle grand droit; l'énucléation ne fut facile que sur la face antérieure « recouverte d'un feuillet celluleux lâche », ailleurs il fallut franchement sectionner les fibres musculaires. Sur une deuxième tumeur plus grosse, également

enlevée par M. Souligoux il est noté qu'un feuillet cellulaire lâche s'étalait sur la plus grande partie de la circonférence du fibrome, mais qu'en arrière il y avait fusion entre la tumeur et les fibres musculaires.

Il faut donc s'élever contre la rigoureuse capsule classique ; il convient de proclamer que le fibrome est une tumeur cicatricielle en voie de développement, que durant toute son évolution il garde ses caractères originels. Mais, dira-t-on, si vous supprimez à cette néoplasie sa capsule et sa limitation, si vous admettez, ce qui est vrai, que la tumeur récidive souvent après l'ablation, que devient cette tumeur ? Elle perd donc ses meilleurs caractères de bénignité et pourtant vous la définissez comme néoformation bénigne. Ne la rangez-vous pas par cette suppression dans le cadre des tumeurs semi-malignes, des fibrosarcomes, par exemple ?

La solidité de ces arguments n'est qu'apparente, et l'histologie, d'une part, la pathogénie, d'autre part, les réfutent victorieusement. Le microscope nous révèle dans toutes les coupes une même structure ; faites des préparations au centre de la tumeur, faites-en à la périphérie, pratiquez-en surtout dans ces points où la capsule est inexistante, dans ces zones d'adhérence intime d'envahissement par la tumeur des parties voisines qui montrent que la vitalité de la tumeur n'est pas épuisée ; et vous verrez partout les mêmes éléments bénins que nous décrirons au chapitre microscopique. Le fibrome est un comme

structure, même dans ses points qui pourraient le faire prendre pour une tumeur maligne.

Quant à la récidence elle s'éclaire à la faveur de notre théorie pathogénique de la cicatrice musculaire exubérante. Que fait le chirurgien quand il enlève un fibrome, sinon une large cicatrice ? Et si la première fois une simple rupture musculaire a suffi en se séparant à produire une tumeur fibreuse, pourquoi sur la nouvelle rupture musculaire ne se reproduirait-il pas une tumeur du même genre ? Sans doute les causes originelles de la néoplasie, le pourquoi, une rupture musculaire devient fibrome, alors que cent, que millé autres évolueraient suivant le rite normal, nous seront longtemps et peut-être toujours cachées. Comme le dit Puyhaubert dans sa thèse, il y a quelque chose de mystérieux dans le développement de ces tumeurs. Point n'est besoin, selon nous, de chercher l'explication de ce mystère dans le ligament rond. On ne voit pas bien comment une tumeur essentiellement bénigne appartenant au ligament rond récidiverait après l'ablation.

Donc le fibrome, malgré quelques caractères négatifs évidemment importants est une tumeur bénigne, et il le doit à l'histologie qui reste dans le cas particulier le souverain juge.

Considérons maintenant cette tumeur en elle-même ; sur divers points de sa surface, nous verrons les fibres musculaires des muscles voisins se jeter sur la tumeur qu'il sera impossible de détacher ; notons encore les enveloppes pseudo-capsulaires et les trait-

nées cellulo-aponévrotiques pseudo-pédiculaires, plus abondantes dans les grosses néoplasies qu'elles peuvent souder avec force aux os prochains. Toujours dans les gros fibromes, mais non pas obligatoirement on peut voir un lacis veineux ramper à l'extérieur de la tumeur ; dans ce lacis se trouvent des artères, mais moins nombreuses, c'est là le réservoir de la nutrition de la tumeur. Comme d'une façon générale le réseau vasculaire périphérique manque ; comme à son intérieur, la néoformation est pauvre de vaisseaux, il s'ensuit que l'apport nutritif est faible, et nous pouvons trouver là une explication de la lenteur avec laquelle se développent les fibromes de la paroi abdominale.

La direction de la tumeur est assez variable, elle oriente volontiers son grand diamètre parallèlement à l'arcade de Fallope.

La forme dépend du volume : ronde ou ovale, à surface lisse, quand elle est petite, de volume égal à une noix, la tumeur peut devenir bosselée, voire lobulée, c'est alors le plus souvent un ovoïde à grand axe transversal souvent aplati dans le sens antéro-postérieur. Et quand il est fortement bridé, par exemple au cas où il se développe dans des muscles larges, le fibrome s'étale sur la paroi abdominale et il se présente à l'observateur sous la forme d'un galet. A-t-on affaire, au contraire, à une tumeur allongée piriforme, on est en droit de supposer que cette tumeur siège dans la gaine du muscle droit.

Quand le fibrome atteint les dimensions d'une tête

d'adulte, il se montre sous la forme d'une sphère, mais d'une sphère irrégulière dans la majorité des cas. En effet, gêné dans son expansion par les obstacles qu'il rencontre, le fibrome est parfois labouré par des brides fibreuses, par un tractus musculaire plus résistant. On conçoit que la diversité des obstacles surgissant en cours de développement imprime à la tumeur une forme spéciale : ainsi se peuvent comprendre les fibromes en « sablier, en boutons de chemise, en petits pains accolés par leur surface plane », ainsi s'expliquent également les lobes ou prolongements péritonéaux dont il est parlé dans certains travaux.

Si nous prenons la néoplasie entre les mains, nous la trouvons de consistance uniforme, d'autant plus dure peut-être que le fibrome est plus petit ; elle est toujours ferme, parfois élastique, parfois rappelant la dureté extrême de l'enchondrome.

Et ces qualités existent au sein de la tumeur, la dureté est attestée par ce fait que le fibrome crie sous le scalpel qui la débite en tranches. La surface de section nous apparaît de couleur blanc grisâtre opaline, de ci de là, mais rarement on aperçoit un grain rouge : c'est un vaisseau qui traverse la tumeur et qui se montre suivant sa lumière. Elle présente, en outre, un feutrage « de bandelettes à reflets nacrés qui sont contournées, entre-croisées, disposées en spirales, en tourbillons, en cercles concentriques et qui rappellent l'apparence du tissu des étoffes damassées ».

Ailleurs, la disposition variera un peu : ce seront des faisceaux verticaux coupant à angle droit ou à angles divers des faisceaux horizontaux. Et parmi toute cette teinte nacrée, on peut rencontrer d'autres stries qui tranchent par leur couleur rougeâtre.

A presser sur le fibrome, on voit que le tissu résiste à la pression même forte et le bistouri a beau racler la tranche de section, aucun suc ne vient sous le raclage.

En est-il ainsi dans toutes les tumeurs, notamment dans les tumeurs anciennes ou volumineuses ? Autrement dit le fibrome conserve-t-il toujours sa même structure ? Ne peut-il dégénérer ? On a signalé dans certains fibromes la présence de cavités kystiques ; les classiques parlent d'un phénomène observé souvent « le ramollissement partiel qui peut être porté assez loin pour donner l'idée d'une collection liquide » et qui fait du fibrome initial un fibro-myxome. On a attribué aux tumeurs très anciennes la possibilité de dégénérescence granulo-graisseuse, d'incrustations calcaires se faisant au sein des cloisons fibreuses. Le plus souvent on a aiguillé le fibrome vers le fibro-sarcome.

Que faut-il penser de ces faits ? Nous devons les accepter avec réserve parce qu'ils ont été observés à une époque où la confusion régnait sur ce chapitre de la pathologie, parce que volontiers les auteurs classaient dans le même groupe des tumeurs originellement disparates. Vraisemblablement, sinon les

transformations en fibro-sarcomes ou en fibro-myxomes, du moins les dégénérescences kystiques, calcaires peuvent exister. Avouons toutefois que rien n'est moins démontré et que les auteurs récents ne semblent pas s'occuper de ces faits.

Telles sont les qualités macroscopiques d'un fibrome de la paroi abdominale, le principal point de ce chapitre que nous avons tenu à mettre en évidence a été l'étude de la capsule que nous avons rejetée, ainsi d'ailleurs que la limitation de la tumeur. Il appartient désormais à l'histologie de prouver les opinions que nous avons émises ; et tous nos efforts vont tendre à dissiper la confusion de cette partie de la question grâce, à une étude consciencieuse et approfondie de la texture des néoplasies fibreuses.

HISTOLOGIE

Un des premiers auteurs qui ont essayé de démêler le chapitre si embrouillé de l'histo-pathologie des fibromes de la paroi abdominale, Damalix, consacre dans sa thèse quelques lignes seulement à la texture de ces tumeurs. Et combien de confusion dans les phrases ! Les cellules plasmatiques à prolongements, les cellules fuso-cellulaires et globo-cellulaires « qui tendraient à faire croire que ces tumeurs peuvent subir une transformation sarcomateuse et marcher vers la malignité » ; le cas du professeur Panas où l'on rencontra de nombreuses fibres musculaires lisses ; tout est rangé pêle-mêle dans la classe des fibromes. On a toutefois conscience que l'auteur voudrait plus de précision dans ce chapitre.

Au reste dans le même temps, Octave Terrillon affirmait que les fibromes étaient formés de tissu purement fibreux, que peut-être le fibrome pouvait subir la transformation sarcomateuse, mais « qu'il fallait établir une division, aussi nette que possible entre les sarcomes ou fibro-sarcomes et les vrais fibromes ».

Dans le plus important mémoire consacré à l'étude des fibromes de la paroi abdominale, nous voulons parler du traité de MM. Labbé et Rémy, l'histologie n'existe pour ainsi dire pas, « elle est facile », disent ces auteurs. Leur opinion peut être résumée en ces

deux propositions : pour les petites tumeurs, structure purement fibreuse ; mais quand la tumeur est grosse, à la texture conjonctive « s'ajoute une substance amorphe demi-liquide ou gélatineuse en même temps ». Selon eux, il faudrait tout bonnement supprimer le terme de fibro-sarcome, sorte de fibrome plus élevé en organisation, plus grave nosologiquement, deuxième stade d'un fibrome primitivement pur ; de même, grâce à un apport plus considérable de substance liquide au sein des éléments conjonctifs, le fibrome devient simplement du fibro-myxome. Quant aux tumeurs qui contiennent des fibres musculaires lisses, Labbé et Rémy les retranchent du cadre des fibromes de la paroi, et en font des néoplasies formées aux dépens du ligament rond.

Ce à quoi, Puyhaubert répond fort justement qu'il est illogique de supprimer les fibro-myomes alors qu'on accepte les fibro-sarcomes ; et, d'accord avec Roguet, il range ces fibro-sarcomes dans la catégorie des sarcomes.

C'est donc le chaos en matière d'histologie. Il faut dire aussi que la question n'est pas des plus faciles à résoudre, que des opinions contradictoires sont émises par les auteurs les plus autorisés. Il convient, avant d'aborder le fond de la question, de se souvenir de cette phrase, empruntée au *Traité de Cornil et Ranvier* : « Toutes les formes de passage existent entre le fibrome fasciculé pur et le fibro-sarcome. » Sans doute aux confins de leur territoire, toutes ces néoplasies de la paroi abdominale ont des limites

indécises ; mais il n'en reste pas moins vrai que la majorité d'entre elles a une constitution qui les fait rentrer dans tel ou tel groupe.

Prenons par exemple dans l'excellent ouvrage de Cornil et Ranvier la définition du mot fibrome : il y est dit que le « fibrome est une tumeur formée par du tissu conjonctif, séparé par des cellules connectives, aplaties, ramifiées et anastomosées les unes avec les autres ». Donc chaque fois que le microscope montrera sur une tumeur une texture exclusivement conjonctive, sans souillure d'aucun autre tissu il faudra bien s'incliner devant le fait et conclure qu'il s'agit d'un fibrome. Ces néoplasies existent-elles au niveau de la paroi abdominale ? La chose n'est pas douteuse, nous le verrons plus loin.

En outre, est-ce que cette tumeur ressemble histologiquement au fibro-sarcome ? Non, si on réfléchit à la structure de ce fibro-sarcome dans la composition duquel entrent du tissu fibreux adulte, c'est-à-dire conjonctif, et des cellules rondes ou fusiformes en voie de développement actif et demeurant à l'état embryonnaire. Cette tumeur s'est donc enrichie d'un élément nouveau, le tissu embryonnaire et cela suffirait à la différencier, si sa marche souvent rapide, si sa récurrence beaucoup plus fréquente n'attestaient pas sa nature particulière.

Et le fibro-myome n'a-t-il pas sa caractéristique dans la présence de la fibre musculaire lisse ? Le fibro-myxome dans la constatation de sa substance gélatiniforme ?

Il est regrettable, à notre sens, de ne pas séparer des tumeurs qui possèdent des caractères aussi tranchés, et nous n'admettons que sous toutes réserves une transformation successive qui n'a pas été, croyons-nous, démontrée.

Pour nous le fibrome de la paroi abdominale est un fibrome pur, qui n'a rien à faire avec le fibro-sarcome et le fibro-myxome, du moins dans l'immense majorité des cas ; et toutes ces tumeurs nous paraissent vivre d'une vie indépendante.

Nous ne sommes d'ailleurs pas les premiers à émettre cette opinion. Consultons le remarquable article de MM. Lecène et Delamare déjà cité et nous y trouverons que les fibromes de la paroi « sont des tumeurs fibreuses pures, nées dans les muscles ou les aponévroses, et n'ont aucun rapport avec les fibro-myomes du ligament rond qui ne font que traverser la paroi en suivant le canal inguinal » Un peu plus loin, ils séparent avec non moins de netteté, le fibrome du fibro-sarcome.

Pour rendre plus précises ces différences il nous semble bon de reproduire ici successivement quatre observations : l'une de fibro-sarcome, la deuxième de fibro-myome, la troisième de fibro-myxome, la quatrième de fibrome pur. Après quoi une rapide revue synthétique nous mettra en évidence les principaux caractères relevés dans chaque observation, et nous conclurons par une étude approfondie de la structure des fibromes, grâce aux renseignements fournis par les nombreuses coupes que nous avons faites.

OBSERVATION I

(Recueillie dans le service de M. le D^r Nicaise par
M. Dubarry, interne du service. Extraite de Labbé et Rémy.

Fibro-sarcome

La nommée D... Louise, âgée de vingt-quatre ans, marchande de vins, entre le 3 février 1886, hôpital Laënnec, salle Chassaingnac.

Antécédents. — Père mort à quarante-sept ans. Mère bien portante, quarante-huit ans. Un frère en bonne santé.

De cinq à dix ans, la malade a eu par intervalles des conjonctivites peu dangereuses. Pas d'adénite cervicale.

Réglée à treize ans. Menstruation toujours régulière. Mariée à dix-neuf ans et demi. Une fausse couche quatre mois après. Elle se lève au bout de huit jours, alors qu'elle perdait encore du sang. Un mois après la fausse couche, péritonite. Elle fut traitée chez elle (cataplasmes, boissons glacées, sulfate de quinine) et garda le lit pendant deux mois.

À l'âge de vingt et un ans, un enfant bien portant, vingt et un mois après, un garçon également bien portant.

Au mois d'octobre dernier elle s'aperçut qu'elle avait dans

le flanc droit une tumeur, dure, indolente, de la grosseur d'une noix.

La menstruation restait néanmoins régulière. La tumeur paraît conserver sa grosseur jusqu'au mois de décembre; à partir de ce moment elle augmente considérablement de volume.

Aujourd'hui, la tumeur occupe la région hypogastrique presque en entier.

Elle remonte à 13 centimètres au-dessus de l'arcade crurale, et elle a 18 centimètres dans le sens transversal. A la palpation on la sent, pour ainsi dire, sous la main et elle paraît être tout à fait superficielle.

Elle est bilobée, le lobe droit est plus volumineux que le gauche, la ligne de séparation des deux lobes est verticale et située un peu à droite de la ligne médiane. Un pédicule paraît la fixer à l'épine iliaque antérieure et inférieure. On peut lui imprimer quelques mouvements de droite à gauche. Il n'existe pas de mobilité de haut en bas. Au niveau du pédicule, il est impossible d'insinuer ses doigts entre la tumeur et l'arcade crurale. Sa consistance est absolument dure. Au toucher, on constate que les culs-de-sac du vagin sont libres. Le col est légèrement porté en arrière et à droite, son orifice admet la pulpe du doigt. Il est du reste ulcéré et granuleux. L'utérus est mobile et paraît indépendant de la tumeur.

Le toucher rectal ne fournit aucun signe particulier. Depuis un mois la malade a perdu du sang par la vulve à trois reprises différentes.

Opération le 17 février.

Anesthésie par le chloroforme.

Incision en T à branche verticale en bas portant sur la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

Incision du muscle grand oblique.

Dans l'épaisseur du petit oblique et du transverse se trouve la tumeur. On la décolle au moyen du bistouri boutonné ; elle a forme d'une poire à grosse extrémité tournée à gauche.

Aspect rosé ; consistance fibreuse.

Diamètre transversale 15 centimètres.

Diamètre vertical 9 cm. $1/2$.

Circonférence au niveau de la partie moyenne 36 cm. $1/2$.

La surface externe est lisse et arrondie et présente au niveau de la partie moyenne un étranglement très profond et large d'un travers de doigt.

Sur une coupela tumeur présente un aspect lardacé sur lequel tranchent des stries rosées verticales et transversales entre-croisées.

A l'union du quart droit avec les trois quarts gauches on trouve une cavité du volume d'une noisette contenant un liquide jaunâtre.

17 février. — La malade est agitée, mais va très bien.

18 février. — La malade a dormi toute la nuit, elle va bien, mais légères douleurs au creux épigastrique.

Pouls 100. Deux vomissements aqueux.

19 février. — La malade a vomi hier trois fois dans la journée.

Elle a dormi de 8 heures à minuit.

Depuis minuit, vomissements fréquents, peu abondants.

Pansement. Ecoulement abondant. Pas de rétention.

Nettoyage et raccourcissement des drains.

La malade rend des gaz par l'anus.

Une pilule thébaïque de 1 centigramme toutes les deux heures.

Pouls 120. Température à 6 heures du matin, 38 degrés ; à 7 h. 1/2, 37°5.

20 février. — Pouls 112, moins fort que celui d'hier. Elle a vomé une seule fois et très peu. Elle a pris 12 pilules. Elle a bien dormi. Elle ne souffre pas, elle a uriné.

La plaie est réunie. On ne laisse plus que deux fils, un dans le plan transversal, un autre dans le plan vertical.

Le tube le plus inférieur et celui de droite donnent encore un peu.

21 février — On raccourcit les tubes ; on enlève les fils. Plaie réunie. Pilules supprimées.

22 février. — Hier elle a vomé à 3 heures. Cette nuit vomissements verts (une demi-cuvette), insomnie, le météorisme a augmenté. Le ventre est indolent à la pression, langue un peu sèche.

Pouls 116. Lavement glyciné. Extrait thébaïque, 5 centigrammes.

23 février. — Le météorisme s'est encore accentué davantage, vomissements peu abondants contenant du lait caillé et du citron. Ils ne sont pas verts. Huile de ricin, une cuillerée. Bouillon. Jaune d'œuf. Sulfate de quinine 50 centigrammes.

Depuis lors la malade a été très bien, la température a oscillé entre 37 et 38 degrés.

Elle guérit complètement.

L'examen histologique de la tumeur a été fait par M. Delbet, interne des hôpitaux.

On est frappé à l'examen de ces coupes, des différences

d'aspect que présentent les diverses portions de la tumeur même sur des points extrêmement rapprochés. En certaines régions, on ne trouve sur les coupes colorées au picrocarmin que des faisceaux du tissu conjonctif, sans fibres élastiques. Toutefois sur les pièces colorées à l'hématoxyline et traitées par l'acide acétique, on s'aperçoit que, même dans ces parties qui paraissent purement fibreuses, il y a entre les fibres conjonctives une quantité considérable de cellules fusiformes. De plus, au milieu de portions fibreuses on trouve des îlots de cellules rondes, granuleuses, sans noyau, très vivement colorées par le carmin, qui sont des cellules embryonnaires. D'autres portions de la tumeur sont composées, exclusivement, de ces cellules embryonnaires, les unes rondes, les autres plus ou moins allongées. Enfin dans certains points très limités dont la consistance était plus molle, et qui avaient presque l'apparence de kystes, on trouve une structure toute spéciale. A un examen rapide on crut voir des cellules étoilées, anastomosées par leur prolongement et plongées dans une gangue amorphe. On croirait avoir affaire à un véritable myxome. En examinant avec plus de soin et en faisant varier l'objectif, on ne tarde pas à remarquer que les cellules sont parfaitement rondes et aplaties. Ce qu'on avait pris d'abord pour des prolongements cellulaires est un réticulum très fin formé de fibres minces. Les cellules occupent les nœuds d'entre-croisement. C'est là une structure qui rappelle absolument celle du tissu adénoïde.

En aucun point de la tumeur on ne trouve de fibres élastiques. Les vaisseaux présentent des particularités intéressantes. Leur distribution et leur structure sont spéciales. On n'en trouve aucun dans les parties purement fibreuses. Ils

occupent soit les flots embryonnaires qu'on trouve perdus au milieu des zones fibreuses, soit les parties qui sont composées presque uniquement de cellules. Les vaisseaux ne sont pas nombreux, mais ils ont des dimensions considérables, ils sont de forme irrégulière. Sur les coupes perpendiculaires à leur direction, ils sont allongés. Leur plus grand diamètre dépasse 0 mm. 080. Aucun de ces vaisseaux n'a de paroi propre. Ils sont simplement limités par des cellules embryonnaires sans noyau qui n'ont nullement le caractère de cellules endothéliales.

Quelle est la signification pathologique d'une pareille tumeur ? Quelle place doit-elle occuper dans la classification ? Il n'est pas douteux qu'elle appartienne à la série des tumeurs d'origines conjonctives, mais là n'est pas la question ? Est-ce un fibrome ? Est-ce un sarcome ? Voilà ce qu'il importe de décider. Suivant qu'on examine tel ou tel point de la tumeur, on est tenté d'en faire ou un sarcome, ou un fibrome, ou encore un fibro-sarcome. Mais à laquelle de ces dénominations doit-on s'arrêter ? Il est un principe d'une haute valeur qui veut qu'on détermine les tumeurs d'après la forme la plus avancée, la plus élevée si l'on veut, qu'atteignent les éléments anatomiques dont elles sont constituées. D'après ce principe, il faudrait faire de notre tumeur un véritable fibrome. Mais ce serait supposer que toutes les parties de la tumeur, celles particulièrement cellulaires, auraient dû, dans un développement plus avancé, devenir fibromes. Or, c'est là une supposition que rien ne nous autorise à faire. Nous ne savons pas si ces parties cellulaires ne seraient pas restées cellulaires. Nous ne savons pas si le quelque chose d'inconnu qui arrête les cellules embryon-

naires à la période cellulaire de leur développement et qui fait les sarcomes n'aurait pas agi dans ce cas particulier. De plus, le principe dont nous parlons n'a peut-être pas une valeur absolue, il ne s'appuie que sur la morphologie des éléments, laissant de côté la morphologie générale de la tumeur, et sa texture.

L'auteur continue sa discussion pendant une page environ pour aboutir à ceci :

La qualification à donner à cette tumeur doit être celle de *fibro-sarcome*, et ces tumeurs à développement rapide seraient capables de récidiver sur place.

OBSERVATION II (M. Panas)

(Recueillie par Brière, interne provisoire.

In thèse de Puyhaubert.)

Fibro-myome des parois abdominales.

Opération. — Guérison.

Marie P., âgée de vingt et un ans, polisseuse sur métaux, entre dans le service de M. le Pr Panas, le 4 avril 1873.

La santé de cette jeune fille a été excellente jusqu'à l'âge de dix-neuf ans. On ne trouve ni chez elle-même, ni chez ses ascendants, trace de l'existence d'une diathèse. En 1871, elle fut atteinte d'une variole, assez confluyente qui lui laissa de nombreuses cicatrices sur la figure, sans altérer autrement sa santé.

Il y a cinq mois, elle remarqua dans l'aîne droite, la présence d'une petite tumeur de la grosseur d'une noix dont elle ne s'inquiéta pas, tout d'abord, mais qui grossit peu à peu jusqu'à atteindre le volume du poing. Justement inquiétée

par les dimensions que prenait une tumeur si malencontreusement située, Marie P... se décida à demander l'avis d'un chirurgien.

Le 5 avril, on constate, dans la partie latérale et inférieure de l'abdomen du côté droit, l'existence d'une tumeur qui soulève la peau en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, présentant une forme ovoïde à grosse extrémité externe et supérieure. Elle n'offre point de bosselures apparentes ; les téguments sont mobiles, absolument sains à son niveau. Si l'on palpe la tumeur, on est frappé de suite de sa consistance, de sa dureté qui est à peu près celle d'un enchondrome, sans présenter la résistance des tumeurs osseuses. La matité est absolue à son niveau. On peut aisément circonscrire la masse en haut, en dedans ou en bas avec les doigts recourbés en crochet, et dans ces points elle ne paraît pas adhérer aux organes profonds. Si l'on invite la malade à changer de position et à se mettre sur son séant, puis à se coucher de nouveau, on remarque que cette tumeur suit les mouvements du bassin et ne se comporte pas comme une tumeur viscérale dont la position pourrait varier, ou le volume se modifier suivant les attitudes, suivant la position du sujet. Au contraire, elle reste toujours fixée au bassin, dans la position la plus extérieure de la crête iliaque et il est impossible de la détacher, soit en haut, soit en bas, en la repoussant avec les doigts.

Néanmoins, on peut imprimer, à la partie la plus interne, de légères oscillations d'avant en arrière, ayant le pédicule comme centre de mouvement. Vers la partie inférieure et interne de cette tumeur, on sent sous les doigts un léger sillon, oblique en haut et en dedans, qui indique un lobe

secondaire surajouté à la masse principale et dirigé en bas et en dedans. Il est important de dire que cette dernière portion, pas plus que le reste de la grosseur, ne présente d'adhérence avec l'utérus, dont la situation est normale et la mobilité facile à constater. La menstruation a toujours été régulière, *il n'y a eu ni grossesse, ni fausse couche* ; les organes intestinaux et rénaux ne peuvent être en cause.

Le diagnostic porté fut : tumeur siégeant dans l'épaisseur des parois abdominales, de nature probablement fibreuse, analogue aux tumeurs décrites par Nélaton, sous le nom de tumeurs fibreuses du bassin. L'ablation fut proposée à la malade qui l'accepta de suite. Elle eut lieu le 12 avril.

Une incision de 10 cm. 1/2, commençant à un travers de doigt en dedans de l'épine et un peu au-dessus et suivant la direction du pli de l'aîne, met de suite la tumeur à découvert.

Celle-ci était située dans l'épaisseur même des fibres musculaires de la paroi abdominale, en avant du transverse, entre les faisceaux du grand oblique, qu'elle s'est accolés en avant et en arrière. L'énucléation se fait assez facilement en haut, en bas et en dedans, soit avec les doigts, soit avec l'aide des ciseaux. La tumeur peut ensuite être saisie par toute la moitié interne et disséquée à la face profonde, laquelle repose sur les fibres du transverse, puis elle est renversée en dehors et séparée de son point d'attache. Ce pédicule est représenté par une adhérence très intime de la tumeur avec l'extrémité externe du ligament de Fallope.

Cette adhérence se prolonge sur une étendue de 5 centimètres et est formée par un tissu fibreux très dense, qui est sectionné avec des ciseaux. La perte de sang est insignifiante. Bien que l'attache principale de cette tumeur se trouve

en dehors du canal inguinal, on a vu qu'elle était très étendue et il est probable que le point de départ a été le ligament rond. Quatre points de suture avec les fils d'argent réunissent la plaie. Pansement à plat avec des lamelles d'amadou et spica.

La tumeur examinée à l'œil nu offre les caractères suivants. Les dimensions sont en longueur 9 centimètres, en largeur 6 centimètres, en épaisseur 5 centimètres ; sa grande circonférence mesure 21 centimètres et sa petite 15 centimètres. Elle est constituée par deux lobes inégaux séparés par un sillon peu profond, le lobe externe et supérieur formant les $\frac{4}{5}$ de la tumeur. A sa surface existent de nombreuses fibres du grand oblique très intimement unies, principalement en avant. L'aspect de la coupe rappelle celui des corps fibreux utérins, tumeurs désignées sous le nom de fibromyomes. L'examen histologique dû à l'obligeance de M. Malassez a confirmé ce diagnostic. La tumeur était composée de trabécules du tissu conjonctif dans lequel cheminaient des vaisseaux en assez grand nombre.

Ces faisceaux du tissu conjonctif étaient séparés par de nombreuses fibres musculaires lisses groupées en ilots de différentes épaisseurs. On trouvait tantôt prédominance de tissu fibreux, tantôt excès de fibres musculaires lisses ; dans certains points la tumeur était énormément vasculaire et marquait une tendance à la dégénérescence granulo-graisseuse.

Les suites de l'opération furent simples pendant les deux premiers jours, à l'exception d'une température qui s'élevait à 38°4, avec 108 pulsations.

Le deuxième jour, au soir, la plaie est réunie très exacte-

ment sur toute sa longueur par première intention. On aurait pu être tenté de se réjouir d'un si prompt résultat et de laisser la plaie se cicatriser ainsi, mais si l'on examine avec soin la région, on constate un empâtement profond et, pressant au niveau de la plaie, on fait sourdre de ses deux extrémités une sérosité sanguinolente, liquide septique bien suffisant pour expliquer le malaise, l'élévation du pouls et la température.

Les deux points de suture des extrémités sont enlevés immédiatement, et dans la plaie ouverte avec la sonde cannelée, on place deux gros tubes en caoutchouc. Pansement : eau alcoolisée.

Le quatrième jour après l'opération, rougeur érysipélate-phlegmoneuse du côté externe de la plaie. Empâtement notable vers les parties déclives, à droite ; décollement de 5 à 6 centimètres de ce côté, auquel on remédie par une petite incision à 6 centimètres de l'extrémité externe de la plaie et par le passage d'un drain réunissant la plaie à cette dernière ouverture. Pansement : cataplasmes et lavages.

Un mois après l'opération, le 12 mai, la guérison est complète et la malade est dirigée sur le Vésinet.

OBSERVATION III (Résumée)

(*Un cas de fibrome bilatéral des parois de l'abdomen par Gräetzer. Inaug. Dissert. Breslau, 22 juillet 1879. In thèse de Puyhaubert.*)

Fibro-myome et fibro-myxome

D. D..., âgée de trente-trois ans ; toujours bien portante.
Menstruée régulièrement depuis l'âge de vingt ans sur le

type à quatre semaines. A accouché deux fois, la dernière fois il y a trois ans ; accouchement et suites normales.

Il y a deux ans et demi, la malade sentit des deux côtés du ventre des tumeurs de l'étendue de la paume de la main, mobiles sous la peau, et non douloureuses. Depuis cette époque, les deux tumeurs s'accrurent doucement, mais continuellement, sans douleurs et sans atteinte de l'état général.

Etat au 29 octobre 1878 :

Femme d'aspect anémique. Elle montre sur la paroi antérieure de son ventre, très irrégulièrement déformé, une tumeur plus grosse qu'une tête d'enfant à droite, une tumeur plus petite à gauche. Les deux tumeurs sont séparées par un sillon formé par la ligne blanche et l'ombilic. La tumeur droite est solidement unie avec le tissu conjonctif sous-cutané ; à gauche la peau se laisse partout soulever. Les tumeurs se laissent déplacer avec la paroi abdominale. La droite atteint jusqu'au bord libre des côtes, et l'extrémité supérieure du muscle droit passe au-dessus d'elle.

La tumeur gauche est ovoïde, plus plane, de l'étendue de la main ; son grand axe est placé obliquement ; à son extrémité supérieure s'ajoute un petit noyau. Les deux tumeurs sont séparées des fosses iliaques : entre la tumeur et la partie antérieure du bassin est un espace de trois doigts.

La consistance des deux tumeurs est solide, dure et égale.

Diagnostic. — Tumeurs fibreuses de la gaine du muscle droit de l'abdomen. Usure probable de la paroi postérieure de la gaine du côté droit.

30 septembre. — Opération de la tumeur du côté droit. Poids de la tumeur : 1 kilogramme.

19 février. — Ablation de la tumeur gauche. *Les rapports topographiques avec les muscles sont identiques des deux côtés.* Intimement soudée à un péritoine aminci.

L'examen microscopique donne, pour la tumeur de droite les caractères d'un *fibro-myome* avec des faisceaux de fibres musculaires lisses, larges, souvent rubannés, avec des noyaux brillants, ovales. Nulle part de fibres musculaires striées. Cette constatation de fibres lisses dans une tumeur issue d'aponévroses avec lesquelles ne se trouvent en rapport que les fibres striées des muscles de la paroi abdominale, n'est certainement pas sans intérêt.

La tumeur gauche, du volume du poing, était grossièrement mamelonnée, d'aspect blanc, rougeâtre à la coupe, extrêmement dure. Au microscope, la tumeur montrait un tissu conjonctif ondulé, fasciculé, rangé en groupes isolés, qui, tantôt se croisaient à angle droit ou oblique, tantôt couraient parallèlement. Il y avait proportionnellement très peu d'orifices vasculaires ; à l'intérieur de la tumeur, se trouvait une partie en état de dégénérescence myxomateuse. C'était donc un *fibrome myxomateux* de la paroi abdominale.

Dans le *Bulletin de la Société anatomique* d'octobre 1903, M. Fredet rapporte deux cas-types de *fibrome* de la paroi abdominale, l'un de ces cas a trait à un *fibrome* du grand droit ; l'autre concerne un *fibrome* du petit oblique. Nous relatons ici la première observation, et nous reportons la seconde au chapitre qui lui convient. Mais avant de recopier

le texte, nous nous faisons un devoir de résumer les idées et les réflexions que suggère à M. Fredet l'examen de ces deux tumeurs, car elles entrent dans notre conception pathogénique.

Après avoir établi que Cornils (de Kiel) affirme l'origine musculo-aponévrotique des fibromes de la paroi, au reste acceptée par beaucoup d'auteurs ; que M. A. Guinard, s'appuyant sur les travaux de Säüger et de Léopold, édifie sa théorie génitale, M. Fredet ajoute : « Dans cette hypothèse (théorie génitale) il faudrait donc, pour être précis, substituer au terme de « fibrome de la paroi abdominale » celui de « fibrome de la portion intra-pariétale du « ligament rond à évolution intra-pariétale ». Nul doute que des tumeurs de ce genre puissent exister ; mais il semble impossible d'accepter cette interprétation exclusive ; la théorie génitale est, par exemple, impuissante ou à peu près à expliquer la localisation d'une tumeur du ligament rond dans la gaine du droit, surtout au-dessus de l'ombilic. »

Voici maintenant l'observation :

Fibrome développé dans la gaine du muscle droit antérieur de l'abdomen du côté gauche au niveau d'une intersection aponévrotique de ce muscle, par Fredet.

Cette tumeur a été remarquée treize mois avant que la malade entrât à l'hôpital, elle avait à cette époque le volume

d'une petite noix. On la voit actuellement au niveau du point où le grand droit atteint le thorax et s'y étale avant de se fixer. Sa forme est classique, c'est celle d'un galet aplati sur sa face profonde et arrondi sur sa face superficielle. Son diamètre transversal est un peu moins grand que la largeur du muscle. La tumeur est extrêmement dure, mobile dans les deux sens quand la paroi est relâchée, mais complètement immobilisée par la contracture du muscle droit.

La malade n'est pas incommodée par son fibrome, cependant elle dit qu'elle éprouve la nuit, depuis six ans environ, quelques douleurs dans le côté et dans le ventre. Mais il serait peu vraisemblable d'établir une relation entre ce fait et l'existence de la tumeur.

Parmi les renseignements susceptibles d'avoir un intérêt éventuel au point de vue étiologique, je dois signaler que cette femme a accouché de trois enfants et que le premier accouchement aurait été très difficile. En outre la malade aurait été atteinte de mal de Pott vers l'âge de dix-huit ans et serait complètement guérie.

La tumeur est extirpée (avril 1901) au moyen d'une incision longitudinale pratiquée sur la gaine du droit. La gaine n'a pu être complètement isolée de la tumeur, car elle lui adhère dans une certaine étendue. Le néoplasme faisait corps avec le muscle grand droit de l'abdomen et s'était développée au niveau d'une intersection aponévrotique, mais il n'occupait pas toute la largeur du muscle de sorte que la portion charnue et l'intersection aponévrotique de ce dernier conservaient leur aspect normal, du côté de la ligne médiane. Du côté latéral, au contraire les fibres musculaires semblaient

s'implanter sur le bord supérieur de la tumeur et renaître à son bord inférieur, comme si l'intersection aponévrotique avait subi un énorme accroissement dans le sens longitudinal et d'avant en arrière. Il n'y avait aucune adhérence avec la paroi postérieure de la gaine.

Sur une coupe macroscopique, faite avec un instrument bien tranchant, la tumeur a l'aspect typique d'un fibrome fasciculé. Les fibres musculaires du segment sus-jacent du droit se terminent par des tendinets qui pénètrent la masse et s'y perdent. Il en est de même pour les fibres du segment inférieur.

Voici maintenant des coupes microscopiques passant par la tumeur et les fibres musculaires qui s'y implantent. On y voit des fibres conjonctives en gros paquets, intriqués de façon que la coupe les rencontre tantôt en long, tantôt en travers ou sous diverses incidences. Près de la tumeur, les fibres musculaires striées, s'isolent d'abord les unes des autres par du tissu conjonctif, plus ou moins lâche et plus ou moins abondant et elles se terminent brusquement sur le noyau fibreux. A la périphérie de la tumeur, on remarque de nombreux et larges vaisseaux nettement pourvus d'une paroi propre.

Malgré la longueur de ces observations, nous avons cru devoir les reproduire en entier. Elles dessinent de façon remarquable les diverses tumeurs de la paroi abdominale. Elles nous montrent les différences existant entre ces néoplasies. A les lire, on a peine à admettre le fibrome pur dégénéré en fibro-sarcome ou en fibro-myxome, « que tous les

intermédiaires existent entre les premières et les autres de ces formations ».

Et qu'on feuillette les cas rapportés dans les diverses sociétés, imprimés dans les divers travaux, on y verra toujours des points de dissemblance. Avec quelles preuves peut-on soutenir qu'une tumeur grosse « comme un très gros œuf de dinde » ne contenant que du tissu fibreux deviendra un jour un *fibro-sarcome* ?

Approfondissons davantage la question, faisons un résumé succinct des quatre observations précitées : ce court tableau fixera mieux les idées et nous amènera à conclure en faveur de l'indépendance du fibrome, quand la texture de ce dernier aura été exposée en détail.

Evolution souvent rapide ; différences d'aspect même sur des points extrêmement rapprochés ; abondance de cellules fusiformes ; présence de cellules rondes granuleuses au sein des portions fibreuses, de cellules embryonnaires ailleurs ; de nombreux vaisseaux au milieu de ces ilots embryonnaires : tels sont les principaux caractères du *fibro-sarcome*.

Le *fibro-myome* rappelle à la coupe l'aspect des corps fibreux de l'utérus : au microscope, on y voit de nombreux faisceaux conjonctifs alternant avec des paquets de fibres musculaires lisses qui peuvent même devenir prépondérants.

En faveur du *fibro-myxome* plaident les caractères suivants : consistance molle, gangue amorphe avec

cellules étoilées, anastomosées par leurs prolongements.

Donc les cellules embryonnaires, d'une part, les fibres musculaires lisses et la gangue amorphe, d'autre part, doivent faire rejeter quand elles sont rencontrées dans une tumeur le diagnostic de fibrome de la paroi abdominale.

Quelle est donc la structure du fibrome de la paroi abdominale ? Grâce à l'obligeance de M. le Dr Chifoliau qui a mis à notre disposition des coupes et même des morceaux de fibrome sur lesquels nous avons fait de nombreuses préparations, nous avons pu constater les faits suivants. Auparavant, disons que nous avons sectionné en tranches minces la tumeur, afin de constater si possible une inégale consistance des tissus qui la composaient ; nous avons trouvé des tissus partout également durs et fermes. Chacune de ces tranches a été incluse dans la paraffine après les préparatifs nécessaires, et sur chacune d'elles nous avons prélevé un certain nombre de coupes à 1 pour 200. Bien que notre attention se soit portée surtout sur les morceaux périphériques de la tumeur, là où des adhérences avaient été signalées par l'opération, là où les fibres musculaires venaient se fusionner intimement avec la néoplasie ; nous n'avons pas négligé l'étude des parties centrales dans le but d'y chercher une dégénérescence possible. Nos coupes ont été examinées à un faible et fort grossissement et à l'immersion pour mieux y étudier les détails cellulaires. Et de

l'ensemble de cette étude, il se dégage les faits suivants : jamais sur une de nos coupes, nous n'avons rencontré de dégénérescence graisseuse, sarcomateuse, myxomateuse ; la structure était la même, tant dans les régions centrales où l'on aurait pu croire que la vitalité était épuisée que dans les tissus périphériques beaucoup plus actifs en apparence ; nulle part de cellules embryonnaires, de fibres musculaires lisses, de gangue amorphe, toujours et partout du tissu conjonctif et aucun autre tissu. Cela répond bien au fibrome pur, d'après la définition de Cornil et Ranvier.

En parcourant la préparation avec un faible grossissement (oc. 4 obj. 3 de Reichert) on est frappé d'abord par la rareté des vaisseaux surtout des artères qui sont petites ; puis on voit le champ microscopique sillonné de faisceaux ondulés, de fibres ressemblant à de véritables mèches de cheveux ; d'autres fibres sont coupées sous des incidences variées, s'entre-croisent dans des directions diverses, il en est qui se disposent en cercles autour d'un ou de plusieurs centres qui semblent des vaisseaux oblitérés.

A un grossissement plus fort, la tumeur montre également la structure du fibrome adulte typique : les vaisseaux apparaissent mieux ; on rencontre des cellules conjonctives.

Mais ce qui est plus intéressant, c'est l'étude des coupes excentriques : on y voit le tissu fibreux, restant toujours pur, infiltrer le tissu musculaire pro-

chain, s'insinuer dans ce tissu à une distance assez grande : certaines fibres striées sont englobées par le tissu fibreux qui les isole de leurs congénères ; d'autres sont franchement attaquées, usées, progressivement détruits par cette néoplasie conjonctive envahissante.

En somme, l'étude de nos nombreuses coupes nous fait nous ranger complètement à l'opinion de MM. Lecène et Delamare qui ont en outre signalé la prolifération des noyaux du sarcoplasme, la perte de la double striation du myoplasme, la présence de fausses cellules géantes ou cellules géantes musculaires avec noyaux multiples. Nous admettons pareillement leur conclusion : « D'une façon indiscutable, dans une partie au moins de leur étendue, le fibrome de la paroi abdominale s'infiltré dans les muscles et les détruit en se substituant progressivement aux fibres musculaires striées. »

De cette infiltration progressive que vient de nous révéler l'histologie, découlent d'importantes conséquences qui auront plus loin le développement qu'elles méritent ; bornons-nous à signaler pour le moment les récidives locales et la nécessité d'enlever la tumeur au delà de ses limites macroscopiques, au delà de cette apparente et classique capsule, ruinée par le microscope.

Ne sommes-nous pas loin aussi de ce fibrome du ligament rond et surtout des cellules embryonnaires du fibro-sarcome ? La transformation du fibrome en fibro-sarcome ne doit-elle pas être expliquée par la

présence, à l'origine de la tumeur, de deux éléments distincts qui ont évolué de façon inégale ? Sans cela comment concevoir qu'une tumeur à développement considérable reste pure dans toute son étendue, alors qu'une autre néoplasie de moindre volume contient au sein d'un riche tissu fibreux des îlots embryonnaires ? Si l'on admet l'identité de ces deux néoplasmes, il faut déclarer que le tissu fibreux a étouffé le tissu embryonnaire ou que celui-ci se transforme en tissu fibreux à moins que trop important il n'évolue vers le sarcome. Ce sont là deux choses bien difficiles à prouver.

Les fibromes de la paroi sont donc des tumeurs formées par du tissu fibreux adulte ; ce sont des néoplasies conjonctives bénignes à opposer aux néoplasmes conjonctifs à évolution maligne formés par du tissu fibreux jeune, autrement dits fibro-sarcomes.

Il ne faudrait pas cependant établir une opposition complète entre ces tumeurs qui sont toutes conjonctives et dont la différenciation provient de l'évolution différente de la cellule conjonctive jeune qui, suivant les cas, aboutit à la formation de tissu fibreux pur ou reste avec ses caractères embryonnaires.

Il convient enfin de ne pas être trop rigoureusement affirmatif, car l'examen histologique le plus minutieux peut laisser inaperçu un coin sarcomateux ou muqueux ; et sans doute est-ce là une explication des dégénérescences diverses observées au sein des fibromes fasciculés.

PATHOGÉNIE

Dans l'étude des fibromes de la paroi abdominale, la pathogénie a une grosse importance. Etroitement liée à la notion d'étiologie qui a pu parfois lui imposer sa nature, elle a réussi à son tour, du moins pendant longtemps, à influencer la thérapeutique. Nous n'en voulons pour preuve que la section du pédicule, tant prônée par les auteurs français, à l'époque où régnait la doctrine ostéo-périostique. Cette influence d'ailleurs fut malheureuse, car elle éleva une barrière aux progrès réalisés dans la connaissance de ces tumeurs. Au surplus elle n'était pas justifiée.

Et ce qui, dans l'avenir, dictera vraisemblablement la conduite du chirurgien, ce ne sera pas la crainte du péritoine, ce ne seront pas les difficultés d'extraction de la néoplasie facilement surmontée du reste par l'habileté de nos maîtres ; ce sera la connaissance exacte de la nature de la tumeur au point de vue histologique ; ce sera l'infiltration du tissu fibreux dans les parties musculaires voisines, sources toujours possibles de récidives post-opératoires. En outre, cette connaissance exacte de l'infiltration

progressive du néoplasme, de la substitution à la fibre musculaire striée du tissu fibreux, éclairent d'un jour nouveau la pathogénie des fibromes.

Pour être complet nous devons exposer et réfuter les théories diverses qui se sont succédé avant d'établir la conception pathogénique à laquelle nous ont conduit nos travaux.

Rappelons au début de cette étude que les premiers observateurs, sans y attacher d'autre importance, avaient expressément mentionné le point de départ aponévrotique et musculaire de la néoplasie, rappelons que Lagrange a donné comme origine du fibrome le tissu cellulaire et que sa doctrine est restée sans écho.

Cette théorie mise à part quatre conceptions sont en présence : celle de l'ancienne école française qui considérait le fibrome de la paroi comme une tumeur de nature ostéo-périostique : celle de Grætzner qui, à l'instar de Cohnheim, fait dériver le fibrome de dépôts embryonnaires ; celle des classiques français de la nouvelle école qui veut que le fibrome vienne du ligament rond et qui s'appelle encore théorie génitale ; celle enfin que nous soutenons, qui prétend trouver l'origine du fibrome, dans une éraillure musculaire, le plus souvent produite au cours de l'accouchement évoluant suivant le mode du cal exubérant des fractures : *c'est la théorie de la cicatrice musculaire exubérante.*

Et d'abord la théorie ostéo-périostique ? Elle fut la première en date. Homologuant les fibromes de la

paroi aux fibromes naso-pharyngiens, les défenseurs de cette théorie l'appuyèrent surtout sur la présence d'un pédicule ou de plusieurs pédicules qui unissaient la tumeur à l'os voisin. N'y a-t-il pas d'ailleurs des tumeurs émanées du périoste, fuyant vers les parties molles, s'emprisonnant au sein de ces tissus musculo-aponévrotiques, reliées à l'os initial par un long pédicule qui, au cours de l'évolution de la tumeur, peut disparaître totalement, et rendre de ce fait le néoplasme absolument indépendant ? Certes, oui, mais en ce cas le microscope révèle dans cette néoplasie aberrante une structure qui fait reconnaître son origine. Et dans le cas qui nous occupe, l'examen des coupes nous montrant les tumeurs exclusivement fibreuses, nous interdit de les rattacher à une origine ostéo-périostique. Par ailleurs, comme nous l'avons vu au chapitre précédent, le pédicule si complaisamment décrit par les auteurs est ou bien une fausse sensation fournie par l'examen clinique ou une simple adhérence secondaire. On ne l'a jamais vu possédant le rôle nourricier que Huguier et ses élèves ont voulu lui faire jouer ; sa section le montre complètement avasculaire et partant, sans aucun rôle sur le développement de la tumeur. Enfin pour achever de ruiner l'importance de ce pédicule, la thérapeutique a démontré de façon lumineuse que la section de cette lame so-disant nourricière n'apportait aucune gêne au grossissement de la tumeur.

Le microscope, d'une part, l'acte opératoire, d'au-

tre part, réfutent péremptoirement cette doctrine qui depuis longtemps déjà avait été battue en brèche,

La doctrine de Grætzner, exposée dans la thèse qu'il soutint à Breslau en 1879, mérite le même sort que sa devancière. La voici : appliquant les idées de Cohnheim sur la pathogénie des tumeurs aux fibromes de la paroi abdominale, Grætzner soutient que les « fibromes proviennent de dépôts embryonnaires qui n'ont besoin que de certaines excitations pour croître, marcher et apparaître ; que la cause de ces excitations est due à la grossesse qui distend la peau du ventre, contribue visiblement au développement des germes des tumeurs, d'autant plus que par le relâchement, la force de résistance est amoindrie et l'accroissement des dispositions embryonnaires facilité ». Ensuite l'auteur fait une étude embryologique du canal intestinal et de l'appareil moteur pour tâcher de trouver des preuves à ses opinions.

De cette lecture, il résulte que la théorie des dépôts embryonnaires est par trop vague, par trop fantaisiste, par trop hypothétique. Nous ne trouvons, pour l'appuyer, aucun argument clinique ou anatomique, et vraiment c'est accorder trop d'importance à l'embryologie que d'étager sur elle seule une doctrine pathogénique, alors que la raison de cette doctrine peut être expliquée par d'autres arguments.

Avant de nous attaquer à la classique théorie génitale, disons que MM. Labbé et Rémy ont édifié

une théorie mécanique, celle de l'effort dans l'accouchement que nous ne développerons pas, parce qu'elle entre dans notre conception dont elle forme une des bases. Si nous en avons parlé ici, c'est pour respecter l'ordre chronologique.

Arrivons maintenant à la conception édifiée par M. Guinard, longuement exposée dans la thèse de Puyhaubert, désignée sous le nom de théorie génitale. Elle a eu ses jours de faveur, mais en ces derniers mois elle a été vivement ébranlée, pour ne pas dire ruinée. Nous sommes loin de partager l'enthousiasme de Puyhaubert, pour lequel la théorie génitale « non seulement résiste devant les faits, mais en reçoit une confirmation éclatante ».

Voyons un peu les arguments invoqués à l'appui de l'origine ligamentaire du fibrome : Il va sans dire que nous comprenons la théorie génitale comme la conçoit M. Guinard, à savoir que tous les fibromes viennent du ligament rond.

Un des premiers arguments peut être énoncé de la façon suivante : il existe des tumeurs développées aux dépens des portions intra-abdominale et terminale du ligament rond ; il est logique d'affirmer que des néoplasies se développent aux dépens de la portion intra-pariétale du ligament rond. Effectivement ce raisonnement est inattaquable ; mais ce qui est totalement injustifié, ce qui est faux, c'est de vouloir assimiler ces tumeurs aux fibromes de la paroi.

Les néoformations développées aux dépens du trajet intra-pariétal du ligament rond ne sauraient

avoir une texture différente des néoplasmes développés sur les autres portions du ligament rond. Or, d'après les travaux de MM. Delbet et Heresco touchant cette question et parue dans la *Revue de Chirurgie* de 1896, les tumeurs de la portion abdominale du ligament rond ont une structure identique à celle des fibro-myomes de l'utérus : ce sont des travées de fibres musculaires lisses séparées par du tissu conjonctif ; ce sont des tumeurs semblant se pédiculiser, et dont le pédicule se fixe sur le ligament rond.

Ces travaux sont la réfutation de la théorie génitale ; car s'il est hors de doute que des tumeurs naissent du point précité, encore que bien rares (puisqu'on n'a pu en réunir qu'une quinzaine d'observations), il est non moins évident que ces néoplasmes font partie, grâce à leurs fibres musculaires lisses, du groupe des fibro-myomes, et doivent être rayés du groupe des fibromes purs dont une des caractéristiques est précisément l'absence de ces mêmes musculaires lisses.

L'argument porte donc à faux.

On a fait appel aussi à l'influence du siège pour consolider la théorie génitale : c'est également une bien médiocre raison. Tout en admettant, ce qui est d'ailleurs vrai, que le fibrome de la paroi aime volontiers, comme siège topographique la région inguinale, il ne faut pas en inférer qu'il vient du ligament rond. Qu'on relise l'observation XVIII due à M. Fredet et l'on verra que le fibrome enlevé siégeait

exactement au-devant du ligament rond, mais que néanmoins un feuillet celluleux lâche le séparait du ligament et l'en rendait totalement indépendant.

Si dans son siège favori, la tumeur peut être discutée, à plus forte raison doit-on douter de la théorie génitale, quand, entre le fibrome et le ligament rond, il n'y a que des rapports lointains. On en est réduit alors à fabriquer des fibres aberrantes, à imiter la théorie fantaisiste des dépôts embryonnaires. Et il faut avoir vraiment bonne volonté pour transporter des fibres du ligament rond jusque sous les fausses côtes où le fibrome ne dédaigne pas se développer. Nous ne pouvons donc pas admettre ce second argument.

Le fait que les fibromes de la paroi sont une affection presque exclusivement féminine, ne saurait appartenir en propre à la théorie génitale ; il s'explique tout aussi bien par notre conception ; en conséquence nous ne la discutons pas.

La clef de voûte de la théorie génitale, le fait qui paraît avoir une grande importance, et prouver à lui seul la pathogénie que nous soutenons (Puyhaubert), c'est la présence de fibres musculaires lisses dans la tumeur. A nos yeux, il n'est pas de meilleur argument qu'on puisse soulever contre la conception classique. Le microscope nous dit : « Toute tumeur contenant du tissu fibreux pur est un fibrome ; toute tumeur contenant du tissu lisse est un fibro-myome » et la spécificité cellulaire, à tort inventée par les

champions de la doctrine classique, vient corroborer notre façon de voir.

Ce ne sont pas non plus de solides bases que celles de l'influence de la tumeur sur la vie génitale, que celle de « la similitude absolue entre les fibromes de la paroi abdominale et les fibromes du ligament rond au point de vue symptomatique ».

Tels sont pourtant les appuis sur lesquels a été étayée la théorie classique ; elle explique mal les cas qui lui paraissent plus favorables ; quant à ceux qui sont très discutables, elle est obligée, avec le professeur Léopold, d'invoquer « quelque irrégularité survenue au troisième ou au quatrième mois de la vie fœtale dans la disposition du ligament rond ou dans son mode d'insertion ».

Et si nous avions besoin de nouvelles armes, un des champions de cette théorie génitale nous les fournirait. Puyhaubert, en guise de conclusions nous dit « qu'il faut admettre des causes diverses provoquant le développement des fibromes provenant le plus souvent du ligament rond, rarement des aponévroses de l'abdomen ou de cicatrices musculaires ».

Jusqu'ici nous nous sommes borné à réfuter les arguments des classiques ; à notre tour nous pourrions soulever des objections, dire que la dissection soigneuse du fibrome montre qu'il n'a aucune connexion directe avec le ligament rond, que la néoplasie est située en pleine épaisseur des muscles striés. Nous ne nous étendrons pas plus longuement, car

nous supposons la chose jugée; et nous concluons avec MM. Auvray et Marcille :

1^o Que l'existence des fibres musculaires lisses prouvera d'une façon indubitable l'origine de la tumeur parce que le ligament rond est le seul organe de la région dans la constitution duquel entrent des fibres musculaires lisses ;

2^o Que quand il n'y a pas de fibres musculaires lisses il ne doit pas y avoir d'origine génitale.

Dans une discussion pathogénique, il ne suffit pas de réfuter l'argumentation de son adversaire, de montrer la fragilité de son raisonnement. Ce n'est pas assez que de démolir l'édifice laborieusement construit, il faut substituer autre chose ; il faut apporter son plan, ses idées et les asseoir sur des bases solides. Si donc, comme nous l'avons prouvé l'origine ostéo-périostique est en défaut, si la doctrine des dépôts embryonnaires est une fantaisie par trop vague ; si la théorie génitale ne s'applique qu'à un nombre restreint de faits parfaitement individualisés par le microscope, mais qui n'entrent pas dans le cadre des fibromes de la paroi antérieure de l'abdomen ; il est nécessaire de chercher une nouvelle formule pathogénique pour l'explication des tumeurs fibreuses en question.

Or, nous l'avons vu — la théorie mécanique exceptée parce que incomplète — il n'y a que quatre conceptions en présence. Les trois premières sont fausses : voyons si la quatrième ne peut pas nous satisfaire. C'est la théorie fibro-musculaire, déjà

ancienne, mais mal défendue. C'est elle que nous faisons nôtre, c'est elle que nous croyons véridique, aussi allons-nous nous efforcer de démontrer qu'elle possède en son sein la vérité.

Voici la formule explicite de cette conception pathogénique : *le fibrome est une tumeur bénigne; histologiquement c'est un fibrome pur; originellement il vient des muscles et des aponévroses; étiologiquement, il est le fruit d'une éraillure ou d'une rupture musculaires, consciente ou non au moment de leur production, due surtout à l'effort mécanique de l'accouchement; ce traumatisme, léger ou violent, produit une cicatrice et la cicatrice, sous des influences évidemment inconnues, diathésiques ou autres, évolue d'après un mode exubérant qui donne en définitive le fibrome.*

Origine musculo-aponévrotique, traumatisme initial, possibilité pour une cicatrice de devenir une formation fibreuse exubérante, tels sont les points qu'il nous faut développer et démontrer, pour établir corrélativement la véracité de notre conception.

Auparavant il convient d'amplifier le schéma de notre formule et d'assister à l'évolution anatomique de la tumeur fibreuse : à la suite d'une solution de continuité musculo-aponévrotique, un petit épanchement sanguin, un hématome paraît ; autour de cet extravasat sanguin, inflammation qui va réparer le dégât, l'hématome va se résorber progressivement, aux lieu et place la solution de continuité est devenue une petite cicatrice blanche dure et fibreuse. Le plus

souvent les choses en restent là; parfois, inopinément, la cicatrice prolifère, grossit, devient exubérante et forme la tumeur.

Cette réparation fibreuse éveille tout de suite en l'esprit la réparation des solutions de continuité osseuses : ici la normale est que le col reste à l'état de cicatrice ; mais dans certains cas, ce col deviendra exubérant. L'analogie est complète et vraiment séduisante. N'avons-nous pas d'ailleurs les cicatrices cutanées qui deviennent parfois hypertrophiques ? La conception de la cicatrice fibreuse, exubérante ne s'oppose pas aux lois de la pathologie générale touchant les réfections des tissus ; elle entre au contraire dans la loi commune si on peut ainsi parler, des processus anormaux des réparations.

Etablissons maintenant notre premier point : l'origine musculo-aponévrotique de la tumeur. Le fibrome ne vient pas de l'os, du ligament rond ; c'est prouvé. Il ne reste pour lui que la possibilité de naître aux dépens du tissu cellulaire sous-cutané ou prépéritonéal, ou du plan musculo-aponévrotique.

Personne en dehors de Lagrange n'a soutenu l'origine aux dépens du tissu cellulaire sous-cutané ; personne non plus n'a jamais prétendu que le fibrome se formait dans les fascias prépéritonéaux ? S'il en était ainsi, comment expliquer que la plupart des fibromes sont engainés par les lames aponévrotiques de l'abdomen, qu'il est des néoplasmes nés et développés en plein muscle ? Une seule origine est donc possible : c'est le tissu mus-

culo-aponévrotique ; est-elle réelle ? Raisonnons par analogie : sur les muscles du mollet, sur les muscles du tronc, sur les muscles du bras, notamment le biceps, il se forme des fibromes ; ce serait absurde de refuser aux muscles de l'abdomen la faculté de faire des fibromes. De même les aponévroses de l'organisme sont capables de donner naissance à des tumeurs fibreuses : il en sera de même au niveau de l'abdomen.

Chose plus intéressante, le fibrome du biceps est un fibrome pur, le fibrome aponévrotique est un fibrome pur. De son côté l'histologie nous montre la tumeur de la paroi sous une structure purement fibreuse. La similitude doit faire, sinon admettre, du moins fortement soupçonner la communauté d'origine. Enfin même les adversaires de notre théorie sont forcés de croire à elle dans un certain nombre de cas, tant la chose paraît évidente. Si nous consultons les opinions d'histologistes consommés, nous voyons qu'ils considèrent le point de départ musculo-aponévrotique comme une notion courante. En particulier dans le *Traité d'Histologie* de MM. Cornil et Ranvier nous lisons que le fibrome naît souvent d'un abcès du muscle, d'une myosite, d'une rupture musculaire. Faut-il encore invoquer en notre faveur l'expérience clinique ? Les récidives post-opératoires *in situ* — qui ont pu être observées jusqu'à 6 fois — ne sont-elles pas la preuve la plus convaincante de ce que nous soutenons.

Donc l'origine musculo-aponévrotique est naturelle

et véridique : les anciens auteurs allemands en avaient eu l'intuition ; et si l'école française, à part quelques exceptions comme M. le professeur Guyon qui soutint dans son mémoire la provenance exacte du fibrome, a prétendu trouver ailleurs la vérité, nous devons toutefois avouer que de jeunes maîtres reviennent à la conception fibro-musculaire.

S'attaquant à l'un des partisans de la théorie génitale M. U. Guinard qui publia pour défendre ses opinions une revue générale dans la *Revue de Chirurgie* de 1898, MM. Lecène et Delamare, dans le remarquable article déjà cité plusieurs fois au cours de cet ouvrage, écrivent : « La conclusion d'U. Guinard est inacceptable. Les fibromes de la paroi sont des tumeurs fibreuses pures, nées dans les muscles ou les aponévroses de la paroi abdominale, et n'ont aucun rapport avec les fibro-myomes du ligament rond, qui ne font que traverser la paroi en suivant le canal inguinal. »

Et ils ne sont pas les seuls à partager cet avis ; nous connaissons de jeunes chirurgiens qui, en présence de cette singulière tumeur, infiltrante quoique bénigne, n'ont pas l'enthousiasme de leurs aînés pour l'ablation de la tumeur dont ils connaissent la récurrence fréquente et la pathogénie particulière.

Le traumatisme initial n'est pas guère moins facile à défendre que l'origine musculo-aponévrotique. Qu'on ne vienne pas nous reprocher d'adopter une explication banale, populaire pour employer l'expression de Puyhaubert. Le traumatisme ne crée-t-il

pas un *locus minoris resistentiæ*? Ne bat-il pas le rappel de la diathèse? Ne le voyons-nous pas tous les jours exercer son influence? Et ce n'est pas parce qu'il est à la portée de tout le monde qu'il faut méconnaître sa valeur et rechercher dans une disposition embryologique anormale, purement hypothétique une explication qu'il suffit à nous donner.

Vis-à-vis du fibrome, le traumatisme se comporte de deux façons : dans quelques cas, dont nous nous empressons de reconnaître la rareté, le traumatisme originel est évident ; comme exemples, les deux néoplasmes fibreux développés à la suite d'un traumatisme chez deux hommes ; une observation plus démonstrative est celle de cette femme chez laquelle l'accoucheur vit survenir rapidement une nodosité douloureuse qui évolua vers le fibrome pur. Sans doute ces cas schématiques sont rares, mais un fait positif n'a-t-il pas une valeur absolue? Le plus souvent l'éraillure initiale n'est pas perçue par la malade. S'ensuit-il qu'elle n'existe pas? Au moment de l'accouchement, il se produit une série de phénomènes tellement importants que la rupture du muscle ou de l'aponévrose de la paroi passent volontiers inaperçue. On ne peut pas ne pas être frappé cependant par ce fait, que la lecture des observations nous montre la tumeur apparaissant ou se développant pendant la parturition. Il y a là plus qu'un rapport fortuit ; il doit y avoir des causes de rapport à effet.

Pour élucider le problème, il faudrait connaître l'état des organes de la paroi au moment de l'accou-

chement. Malheureusement, c'est chose difficile et nous n'avons pas eu le loisir de nous consacrer à cette étude. Malgré cette lacune, nous ne voyons pas comment la grossesse, dont la prépondérance est manifeste, agit sur la production du néoplasme, si ce n'est par traumatisme.

Mais, dira-t-on, si vous admettez le traumatisme initial, vous ne pouvez expliquer la rareté ou même l'absence de fibrome chez l'homme qui est bien plus sujet aux contusions que la femme. L'argument est spécieux et apparemment vrai. Il n'en est rien quand on l'approfondit.

Le traumatisme brutal, la contusion de l'abdomen est certes plus fréquente de beaucoup dans le sexe masculin. Mais qui dit contusion ne dit pas éraillure musculo-aponévrotique sous-jacente. Les lésions de la paroi n'ont pas une fréquence aussi grande que pourrait le faire supposer le nombre des violences auxquelles est soumise la paroi. Comme l'écrit M. Michaux : « Les lésions ne sont pas proportionnelles à l'intensité de la violence. » La statistique des ruptures musculaires de l'abdomen est impossible à établir, et néanmoins on signale le nombre des fibromes qui en découlent.

L'argument pêche donc par sa base ; il part d'une inconnue pour établir des faits connus.

Au reste si la violence est l'apanage de l'homme, peut-on soutenir que la femme n'est pas soumise en ce point à des traumatismes qui, pour être moins bruyants n'en sont pas moins importants ? La gros-

sesse agit sur la paroi de façon plus lente, mais prolongée ; elle imprime des modifications profondes vis-à-vis desquelles les traumatismes violents sont peu de chose. C'est une affection essentiellement traumatisante pour la paroi abdominale, et cela nous explique pourquoi le fibrome est une prime offerte au sexe féminin. Quant à vouloir expliquer la rareté des fibromes par rapport au nombre des accouchements, c'est une chose au-dessus de nos connaissances, mais ce n'est pas une raison de nier ces rapports qu'on ne voit pas.

Est-il possible à une cicatrice musculaire de devenir une formation fibreuse ? L'anatomie pathologique répond oui ; en effet, toute cicatrice a un certain volume, une structure purement fibreuse et le fibrome est un tissu cicatriciel typique. Mais de ce point fibreux cicatriciel à la néoformation volumineuse, il semble qu'il y ait des différences essentielles. L'expérience les a comblées : Herzog voit se développer un fibrome sur une « cicatrice de péritonite ». Le professeur Le Dentu opère en 1881 une femme d'ovariotomie, un fibrome se développe sur la cicatrice ; M. Lefas rapporte enfin le fait suivant, d'une valeur inestimable pour notre théorie : un chien a une patte écrasée, à l'endroit de la fracture paraît un fibrome pur.

Donc le fibrome nettement cicatriciel existe ; c'est lui qui doit présider aux récidives post-opératoires ; c'est grâce à lui que se seront succédé les six fibromes de l'opérée d'Esmarch.

Il faut vraiment de la bonne volonté pour séparer, comme on l'a fait, ces fibromes cicatriciels des autres fibromes de la paroi. Tous, par leur structure, par leur essence, font partie du même groupe.

En résumé, les points fondamentaux de la théorie fibro-musculaire résistent à la discussion et s'appuient sur des raisonnements solides. L'histologie la confirme, et nous connaissons trop son prix en cette question pour ne pas la rappeler ici. Par ailleurs, cette conception est la plus naturelle, la plus conforme aux faits : toutes ces causes nous ont amené à l'adopter.

SYMPTOMATOLOGIE

En dehors de quelques privilégiés qui ont pu assister à l'éclosion du fibrome ; en dehors de quelques observateurs qui ont été consultés pour une rupture musculaire, pour un noyau cicatriciel induré, suite rapide d'abcès, pour une contusion violente, dont l'aboutissant commun a été la tumeur fibreuse, et qui, de ce fait, ont pu suivre l'évolution naissante de la néoplasie ; les auteurs s'accordent à remarquer que le fibrome de la paroi abdominale est tout à fait silencieux dans ses débuts.

Il en est encore ainsi pendant beaucoup plus longtemps quand la tumeur se dissimule dans des parois surchargées de graisse. Par contre, des sujets, soigneux de leur personne et soucieux de leur santé, se sont présentés au chirurgien porteurs d'une tumeur grosse comme une noisette ou même comme un pois, un haricot, une amande : tels sont les cas rapportés par Langenbeck, Esmarch, Mollière.

C'est dire que, dans la généralité des cas, le praticien sera consulté par une femme, dans les antécédents de laquelle il relèvera un ou plusieurs accouchements, par exception un traumatisme de l'abdo-

men. Cette femme vient à lui parce que, au niveau de son ventre, dans la partie antéro-latérale, elle a remarqué une grosseur. A la vérité, cette tumeur est peu gênante, pas du tout douloureuse, la peau est restée à ce niveau normale. Néanmoins la femme est venue consulter, soit pour l'unique motif de sa difformité, soit parce qu'elle a remarqué qu'au cours de sa grossesse plus ou moins récente, la tumeur a notablement augmenté de volume.

Suivies ou non, les premières phases de l'évolution du fibrome sont essentiellement silencieuses. A cela, rien d'étonnant : le néoplasme est bénin. Nous devons même faire remarquer qu'au point de vue fonctionnel, la néoplasie garde pendant toute la durée de l'évolution ses caractères négatifs : sauf rares exceptions, sauf quelques poussées sensibles pendant les règles et pendant la gestation, le fibrome de la paroi antérieure de l'abdomen est d'une indolence remarquable. Jamais d'infection générale de l'abdomen, jamais de retentissement ganglionnaire. L'état du malade ne se laisse altérer que lorsque la tumeur est d'un volume considérable.

La néoplasie ne se révèle que par ses signes physiques ; en conséquence l'examen local doit attirer notre attention. Comme le tableau varie un peu suivant les dimensions de la tumeur, nous diviserons, à l'exemple de MM. Labbé et Rémy, ces néoformations en deux catégories : fibromes gros comme un œuf de poule ou un poing, fibromes gros comme

une tête d'adulte, autrement dit fibromes de moyen volume et fibromes de gros volume.

Dans la première catégorie voici ce que l'on constate : à l'inspection, saillie plus ou moins proéminente sur un des côtés du ventre ; la peau à ce niveau est normale ; rarement on y note quelques arborisations veineuses. La palpation est plus importante ; tout d'abord elle nous permet de faire glisser la peau et le tissu cellulaire sous-cutané sur la tumeur sous-jacente, preuve de l'indépendance des tissus superficiels. Ensuite la main qui explore la tumeur nous la montre aplatie suivant ses faces, à contour ellipsoïde, en forme de galet, de sphère, d'ovoïde, de sablier, simulant « deux petits pains accolés par leur surface plane » piriforme, allongée en cylindre, arrondie. La surface en est lisse, unie, sans irrégularité, ou largement bosselée. La consistance en est dure, élastique, roulant sous le doigt. Ces caractères font que la main délimite exactement la morphologie extérieure du néoplasme qui se perd en pente douce sur les tissus voisins, surtout quand le ventre est flasque. C'est ainsi qu'on peut apprécier les relations existant entre la tumeur et les muscles de l'abdomen. Avec le relâchement musculaire, le fibrome roule sous le doigt, est mobile dans tous les sens, sauf cependant dans les cas où, très rapprochée du squelette, la tumeur a jeté sur lui des adhérences secondaires, qui suppriment une partie de la mobilité. Et ces adhérences, quand on soulève la tumeur

pour étudier sa face profonde, peuvent apparaître sous la forme de cordes ou de pédicules.

Mais que l'on vienne, par les procédés usuels, à faire contracter la paroi abdominale, et on verra aussitôt cette tumeur, tout à l'heure si mobile, se fixer et s'immobiliser : c'est le signe pathognomonique des fibromes de la paroi antérieure de l'abdomen.

Tillaux a également donné un signe pour montrer que la tumeur était bien intra-pariétale. Si, dit-il, on marque avec un crayon le point le plus élevé de la tumeur, on observe que pendant les mouvements forcés d'inspiration le point ainsi séparé ne se déplace pas.

Enfin quand nous aurons dit que la tumeur est mate à la percussion, mais à une percussion superficielle, nous en aurons fini avec les caractères des fibromes de moyen volume.

Dans les tumeurs de gros volume, représentant par exemple une tête de fœtus, quelques modifications surviennent. Au point de vue fonctionnel l'indolence n'est pas aussi complète : la tumeur peut provoquer des élancements, des phénomènes névralgiques, des douleurs vives qui sont toutefois beaucoup plus sous la dépendance de l'état nerveux du malade que du néoplasme. Il y a une sensation de gêne, de pesanteur, de tiraillement ; les mouvements du tronc ont leur champ un peu rétréci, la malade travaille plus difficilement. Mais même dans ces cas-là, il ne se manifeste aucune réaction générale, aucun envahissement.

Les signes physiques varient également : la peau glisse bien encore sur la tumeur ; mais elle est amincie, volontiers sillonnée de grosses veines ; dans des cas exceptionnels, elle a pu être tellement distendue que les frottements continuels des vêtements l'ont œdématisée, indurée, ulcérée.

Quant à la tumeur elle-même, elle est multilobulée, très bosselée, irrégulière ; il est difficile d'en faire le contour, d'explorer sa face profonde, d'étudier aussi les rapports qu'elle affecte avec le péritoine, si importants à connaître pour les chirurgiens de l'ère préantiseptique.

En somme, qu'elle soit petite ou grosse, ou énorme la tumeur fibreuse se comporte toujours de la même façon ; elle n'a malgré sa structure aucun caractère malin ; elle ne donne jamais de métastase. C'est bien une tumeur bénigne.

Voyons maintenant ce qu'elle devient : commençons par déclarer que nous ne reviendrons pas sur les relations unissant ces néoplasmes à la grossesse, car elles ont été étudiées ; au reste tout se borne à quelques élancements douloureux, à une augmentation notable de la tumeur et encore ces cas sont-ils inconstants.

Si nous nous reportons à la communication d'O. Terrillon, qui parut dans le *Bulletin général de Thérapeutique* du 30 mars 1886, nous verrons que le fibrome de la paroi antérieure de l'abdomen évolue suivant trois modes : le plus souvent il a une marche progressive, mais très lente ; très rarement —

et dans ces cas il est bon d'élever un doute sur la constitution intime de la tumeur — il a une marche rapide ; enfin la néoplasie peut être stationnaire pendant fort longtemps ; vienne une grossesse, vienne la puerpéralité et ce néoplasme s'accroît alors assez rapidement : il semble qu'il a reçu un coup de fouet.

Faut-il ajouter, à l'exemple de Terrillon, que, d'une façon générale, tant que l'accroissement de la tumeur est lent, l'indolence est la règle et que au contraire, les phénomènes fonctionnels paraissent avec le coup de fouet ? On noterait alors des douleurs vives, lancinantes ou pongitives, ou sous forme d'accès à irradiations diverses vers la région lombaire, vers le pli de l'aîne, vers la cuisse. Ces phénomènes douloureux se montrent sous le tableau des crises névralgiques.

Telle est aussi la marche du fibrome aux yeux de MM. Labbé et Rémy qui admettent une première période lente, souvent très lente (plusieurs années dans certaines observations) et ne se manifestant par rien, fonctionnellement ou physiquement en dehors de l'augmentation de volume. A cette première période succéderait une deuxième phase, celle-là rapide « extraordinairement rapide et quelquefois effrayante. »

Cette deuxième phase nous semble d'autant plus suspecte que MM. Labbé et Rémy ajoutent que le fibrome « change de texture », qu'il devient un « myxome » ou un « fibrome kystique » !

Il ne s'agissait sûrement pas de fibrome, mais de fibro-sarcome dans lequel l'élément fibreux, au début prépondérant, s'était laissé distancer ultérieurement par l'élément embryonnaire.

En somme, nous pouvons dire que la marche du fibrome pur est essentiellement lente, que la tumeur en dépit de sa diffusibilité a une vitalité presque latente. Et le dépouillement des observations ne nous a pas montré, de façon évidente, cette seconde phase d'extension rapide, autrement que sous le masque du coup de fouet imprimé par la grossesse.

Que devons-nous penser maintenant des dégénérescences signalées dans les auteurs ? La chose semble difficile à solutionner pour plusieurs raisons. Si nous en croyons les cas de fibromes purs que nous avons réunis et dans lesquels l'examen histologique a été pratiqué sérieusement, nous devons rejeter les transformations de la néoplasie. Toutes nos observations affirment qu'en aucun point de son étendue la tumeur ne contenait autre chose que du tissu fibreux pur. Et néanmoins quelques-unes de ces néoplasies étaient de fort ancienne date, beaucoup avaient eu la période d'accroissement notable ; tout fait donc croire que la tumeur, même si elle n'avait pas été enlevée, aurait gardé les caractères qu'elle possédait au moment de son ablation. Nous ne voyons pas comment, alors qu'aucun élément sarcomateux, aucun élément embryonnaire n'était signalé par le microscope, cette tumeur aurait évolué vers le fibromyxome ou le fibro-sarcome.

Toutefois nous devons à la vérité de dire que dans les traités classiques d'histologie, les auteurs admettent la possibilité de la transformation d'un fibrome fasciculé en fibro-sarcome.

Répétons que la solution du problème à un point de vue rigoureux est impossible, que nos préférences sont pour l'indépendance réciproque des diverses tumeurs de la paroi antérieure de l'abdomen, que nous n'admettons notamment la transformation en fibro-sarcome que sous les plus expresses réserves.

D'ailleurs ces diverses dégénérescences n'exercent pas une grande influence sur la durée de la tumeur, dont l'existence n'est en somme limitée que par le bistouri du chirurgien. Elles ne semblent pas plus retentir sur le pronostic qui est des plus favorables, car par elle-même la néoplasie ne tue pas le malade et guérit après une opération bien faite.

Si le pronostic est tout à fait bénin au point de vue vital, il ne doit pas être considéré comme essentiellement bénin en soi. L'histologie nous l'a fait pressentir en nous conduisant à la notion d'infiltration, au moins limitée, du tissu musculaire voisin. C'est là, et non pas dans les transformations hypothétiques de la tumeur, qu'il faut chercher des réserves possibles au pronostic. Bien imprudent serait le chirurgien qui affirmerait la guérison radicale et définitive de la néoplasie après une opération. N'est-ce pas le cas de rappeler à nouveau les six récidives d'Esmarch qui succédèrent *in-situ* à six interventions; le cas d'Herzog rapportant le cas de fibrome déve-

loppé sur une « cicatrice de péritonite ». Pfüffer, dans sa statistique réunissant 107 cas de fibrome de la paroi, a vu dans une évolution plus ou moins lointaine 33 récidives *in situ* ; c'est-à-dire 30 o/o. Ces insuccès post-opératoires ne paraissent pas dus à une faute de technique, à une opération défectueuse : la qualité de l'opérateur s'élève contre une telle interprétation. C'est bien la nature de la tumeur, ce sont bien ses qualités particulières qui expliquent cette repullulation.

Pour résumer ce chapitre du pronostic, disons que le seul point noir c'est la récidive toujours possible. Et nous voyons combien l'histologie est dans l'espèce importante. Grâce à elle nous avons le secret de cette récidive dans l'infiltration fibreuse, comme nous connaissons l'origine du néoplasme dans la cicatrice initiale : grâce à elle nous nous défierons de la cicatrice opératoire et nous nous demanderons si, à l'exemple de la rupture initiale, elle ne deviendra pas fibrome un jour. Nous ne craignons même pas de dire que, dans un avenir prochain, l'intervention ne sera pas rigoureusement systématique, surtout si des faits analogues à celui d'Esmarch se répètent, surtout si les récidives post-opératoires se multiplient de façon inquiétante. Et de jeunes chirurgiens, imbus de ces doctrines histologiques, mais confiants dans leur art. ont cherché à s'opposer à la reproduction du néoplasme par des procédés chirurgicaux nouveaux, supérieurs incontestablement aux procédés classique. Nous les exposerons avec tous les

détails qu'ils méritent à l'occasion du traitement, d'abord parce qu'ils sont nouveaux, ensuite parce qu'ils découlent de la nature de la tumeur et qu'ils tâchent d'extirper totalement le fibrome et l'infiltration résultante. Sans doute l'influence mystérieuse qui préside à l'exubérance de la cicatrice initiale n'est pas combattue par le bistouri du chirurgien ; mais c'est tout de même un progrès que d'opérer au delà des limites de la néoplasie ; car se contenter comme font les classiques d'enlever ce qu'ils appellent la capsule de la tumeur, c'est laisser, qu'on veuille bien nous permettre d'employer l'expression vulgaire, « le loup dans la bergerie », c'est abandonner dans la place la partie infiltrante de la néoplasie, cette portion que le microscope nous révèle comme foncièrement vitale, puisqu'on y voit la fibre musculaire striée disparaître sous l'envahissement de l'élément fibreux. Enregistrons donc avec plaisir cette nouvelle conquête de l'histologie, qui affirme une fois de plus, qu'elle doit être le souverain juge de la question qui nous occupe.

DIAGNOSTIC

Bien que le diagnostic de fibrome de la paroi abdominale, du moins en tant que tumeur de la paroi, ne présente pas de sérieuses difficultés dans la majorité des cas, nous devons pourtant nous étendre sur ce sujet en raison des nombreuses erreurs, dont quelques-unes singulières, auxquelles il a donné naissance.

Les anciens auteurs n'avaient sur la symptomatologie de cette catégorie de tumeurs que des idées fort obscures ; préoccupés surtout par le voisinage du péritoine qu'ils n'osaient aborder, ils cherchaient non pas tant un diagnostic précis que les connexions du néoplasme avec la séreuse. Il faut arriver à Billroth pour avoir un signe précis ; signalons toutefois le chirurgien Sautesson qui donne un moyen de reconnaître de façon simple et sûre, que la tumeur siège dans la paroi : relâchant les parois du ventre, il saisit dans un pli orienté transversalement toute la paroi ; il tire sur cette paroi et ainsi déplace la tumeur.

C'est à Billroth qu'on doit d'avoir mis en évidence le signe caractéristique du fibrome : les rapports de la tumeur avec la tension de la paroi abdominale. Ce

signe, chacun le recherche désormais; tous s'entendent à le considérer comme la signature de la tumeur intrapariétale. On peut l'énoncer de la façon suivante avec MM. Labbé et Rémy : immobilisation de la tumeur pendant la contraction des muscles de la paroi antérieure de l'abdomen. Toutefois ce signe n'est pas pathognomonique ; il existe dans certaines tumeurs superficielles du foie, comme l'indiquent Labbé et Rémy, qui attribuent l'immobilité de la tumeur hépatique à la contraction du diaphragme. D'autre part, il n'existe pas dans tous les fibromes de la paroi : ainsi, dans les tumeurs volumineuses il n'est pas rare de le voir en défaut. Dans quelques cas enfin il peut offrir quelques difficultés à celui qui le recherche : il faut alors pour provoquer son apparition, commander un effort à la malade, la faire pousser, lui ordonner de s'asseoir, de tousser. Si la tumeur était volumineuse, si elle plongeait par son propre poids dans le bassin de la malade couchée, on pourrait être réduit pour voir ce signe à placer la malade en position genu-pectorale ; alors la tumeur quitte sa niche pelvienne, se déplace, se détache des parties profondes et entraîne la paroi.

Il est également bon de s'entourer dans l'établissement du diagnostic de la présence des signes accessoires, de bien apprécier la mobilité du néoplasme, de s'assurer de l'intégrité et de l'indépendance des plans superficiels. La palpation combinée au toucher vaginal montrera qu'il n'y a aucun rapport entre cette tumeur et les organes génitaux internes.

Muni de ces renseignements, le clinicien arrivera le plus souvent au diagnostic de tumeur intra-pariétale ; il est bien évident que l'histologiste aura seul le droit de donner le nom de fibrome à la tumeur.

Et cependant la clinique est souvent en défaut, si l'on en juge par le nombre d'erreurs qui ont été commises, même par des virtuoses du diagnostic. Il est vrai que, soit au niveau de la paroi, soit dans l'intérieur de la cavité abdominale les tumeurs sont d'espèces très diverses ; il y en a de tout à fait anormales, de tout à fait singulières avec lesquelles l'erreur semble non pas seulement possible, mais même obligatoire.

N'est-ce pas le cas de rappeler cette tumeur si bizarre résultant de la migration d'un calcul biliaire au sein de la paroi abdominale, observée par le Dr Mordret (du Mans) et présentée par M. le Dr Michaux à la Société de Chirurgie (séance du 30 déc. 1903), qui lui-même en avait observé un cas une dizaine d'années auparavant au petit hôpital Saint-Michel ? Si l'on songeait à ces tumeurs, on les pourrait reconnaître, car elles sont précédées de crises de colique hépatique, elles siègent toujours à droite, tant sous les fausses côtes que beaucoup plus bas vers l'arcade crurale ; elles sont volontiers douloureuses à la palpation et à la pression ; elles ont une certaine mobilité, mais toujours elles adhèrent aux plans profonds, et la peau se laisse difficilement plisser au-dessus d'elles. Leur fin d'évolution est la fistule qui en montre alors clairement la nature et

l'origine. D'ailleurs l'opération renseigne également, en retirant du sein de cette tumeur le ou les calculs qu'elle contient.

Nous ne parlerons pas des tératomes, d'ailleurs fort rares, mal connus et sans intérêt pour nous, et nous diviserons maintenant l'étude de ce chapitre en deux parties : diagnostic clinique, diagnostic microscopique.

Le diagnostic clinique s'applique à éviter deux causes d'erreur, car le fibrome peut être confondu avec une tumeur de la paroi ou avec une tumeur de la cavité abdominale.

Les tumeurs de la paroi sont nombreuses ; débarrassons-nous des moins importantes, de celles qui sont le plus facile à reconnaître : la tumeur herniaire banale, réductible, sonore, impulsive à l'effort et à la toux ; l'hématome a pour lui son origine traumatique, la coexistence fréquente d'ecchymoses, l'empâtement diffus et l'évolution rapide ; la hernie musculaire est le résultat d'un effort violent ; le lipome superficiel est lobulé, mollasse, roulant sur les plans profonds ; quand il a un siège intra-musculaire il est certes difficile à reconnaître ; de même quand il est profond, péritonéal. La tumeur du ligament rond, indépendamment de ses caractères microscopiques particuliers, siège toujours au voisinage du canal inguinal ; elle est reliée souvent au ligament rond par un pédicule ou elle est directement appliquée sur lui ; elle est souvent lobulée, irrégulière, **noduleuse**.

Les exostoses venant des os de la ceinture pelvienne, en particulier de la crête iliaque sont souvent rattachées à leur lieu d'origine par un pédicule qui les fait reconnaître ; sinon il faudra s'attacher surtout à leur consistance.

Les sarcomes aponévrotiques ont une évolution rapide, des adhérences fréquentes, des métastases possibles.

Certains plastrons inflammatoires, par leur dureté ligneuse, peuvent simuler le fibrome ; mais ils sont le fruit d'une annexite antérieure qui se sera traduite par son cortège de symptômes habituels.

La syphilis tertiaire, au niveau de la paroi, peut prendre le masque du fibrome ; mais ces tumeurs syphilitiques, ces grosses gommès ont été bien dessinées par Nélaton. « Ces tumeurs, dit-il, sont généralement recouvertes par un ligament un peu altéré ; la peau, moins mobile que normalement, adhère un peu avec la tumeur. Avec beaucoup de soins on peut constater assez souvent un léger changement de coloration du tégument. Enfin le tissu cellulaire sous-cutané est légèrement infiltré ; cet œdème est léger, mais il est appréciable. Par une pression un peu prolongée et soutenue pendant une minute environ, on obtient une légère dépression qui constitue un signe caractéristique de premier ordre. » Avec cela les renseignements recueillis sur l'état morbide antérieur du malade et l'essai d'une thérapeutique spécifique permettent de ne pas renouveler l'erreur de

Péan qui enleva une gomme syphilitique prise pour un sarcome.

Les kystes sébacés, les tumeurs érectiles, les cancroïdes n'échapperont qu'à un examen sommaire ; de même les tumeurs péri-ombilicales, formées au voisinage de hernies ombilicales déjà anciennes, par suite d'adhérences multiples entre les circonvolutions intestinales de l'épiploon ; ce sont des tumeurs immobiles, moins dures et moins volumineuses que le fibrome.

Comme diagnostic différentiel intéressant il faut signaler les tumeurs inflammatoires chroniques de la paroi abdominale, consécutives à des opérations pour hernies. Dans un travail de Schlœffer d'Innsbrück paru dans les *Archiv für klinische Chirurgie* de 1908 et résumé dans le *Journal de Chirurgie* de février 1909 il est dit qu'un fil de suture ou de ligature peut donner lieu à un abcès dont l'aboutissant peut être une véritable tumeur. Ces néoplasies dont l'auteur rapporte quatre cas, se développent avec un état de santé parfaite ; elles paraissent quelques mois ou plusieurs années après la kélotomie ; elles évoluent lentement et progressivement et n'attirent l'attention du malade que par leur volume.

Quand on les constate, on les trouve d'ordinaire globuleuses ou ovoïdes, à surface le plus souvent lisse et régulière. Elles sont sous-cutanées et la peau qui les recouvre ne présente jamais d'œdème. Elles donnent l'impression d'appartenir aux plans profonds de la paroi et la contraction des muscles de la paroi

en rend les contours moins précis pour la main qui palpe. Leur consistance est dure, très dure, même fibreuse.

Aussi sont-elles confondues habituellement avec les fibromes de la paroi abdominale et le diagnostic ne peut se faire d'une manière certaine que par une incision de la prétendue tumeur : alors au centre de la tumeur, on trouve un petit abcès avec un fil de soie.

Une dernière catégorie de tumeurs de la paroi reste à envisager : le kyste hydatique. Bien que le diagnostic de ces deux néoplasmes semble facile à un examen sérieux, l'erreur est fréquente puisqu'elle a été commise une fois ou deux environ. Pour cette raison et parce que les kystes de la paroi sont bien connus depuis l'intéressant article de M. Lenormant dans la *Revue de Chirurgie*, nous nous permettons d'insister sur ce point.

Le kyste hydatique de la paroi abdominale est seul ou se laisse associer à d'autres manifestations échinoccocciques. Il peut se développer dans l'épaisseur des muscles ou dans les interstices de ces muscles : c'est le kyste des muscles de la paroi. Dans d'autres cas il est situé au-dessous des masses musculaires, dans cette couche formée de tissu conjonctif qui double le feuillet pariétal de la séreuse péritonéale : on le nomme alors kyste prépéritonéal.

Le plus intéressant pour nous, c'est le kyste musculaire : de dimensions modérées, écartant et amin-

cissant les fibres musculaires, il semble vouloir s'énuccléer ; il s'isole du voisinage par un plan de clivage facile à trouver ; mais, pour augmenter son analogie avec le fibrome, sur un point quelconque de sa circonférence, il présente une adhérence solide qu'il faut sectionner pendant l'intervention chirurgicale.

Au point de vue clinique, le début est insidieux, le développement lent, la masse insensible ; pas de troubles fonctionnels. Aussi demeure-t-il longtemps méconnu. Puis il se montre au praticien comme une grosse noix ou un œuf, lisse, fort bien délimité, mat à la percussion, de consistance dure. De lui, Denonvilliers disait : « Une tumeur qui siège dans les muscles, régulière, ovoïde, à évolution lente, dure, est presque toujours un kyste hydatique. » Pour Trélat, toute tumeur musculaire, de nature incertaine, mais dure et ronde devait éveiller l'hypothèse d'un kyste hydatique.

Au point de vue de la fluctuation le kyste se comporte de différentes façons, s'il est petit ou moyen, il paraît dur et tendu tout comme une tumeur solide : quand il est gros, il fluctue (Reclus) ; la fluctuation est un signe normal des volumineux kystes prépéritonéaux.

Si on croit les divers auteurs, le frémissement hydatique, d'ailleurs si exceptionnel, n'a jamais été perçu ici. En somme à la main qui l'explore le kyste paraît comme une tumeur assez superficielle, indépendante de la peau qui se laisse mobiliser sur lui, faisant

corps avec la paroi qui l'enchâsse, suivant les mouvements de la paroi, se soulevant à l'inspiration, s'immobilisant complètement — et sans changer de consistance — sous la contraction des muscles abdominaux.

Cette symptomatologie ressemble étrangement à celle du fibrome ; le début, l'évolution, l'absence de troubles fonctionnels, l'immobilisation, la dureté sont identiques dans les deux tumeurs.

Néanmoins un examen approfondi peut les différencier : le kyste a surtout une résistance élastique, le fibrome est d'une dureté absolue ; le kyste se voit dans les deux sexes, le fibrome est presque exclusivement féminin, le kyste a une forme sphérique, ovoïde et nettement saillante, le fibrome est plutôt aplati en galet ; à la régularité, à l'aspect lisse du kyste, le fibrome oppose sa surface souvent bosselée ; le kyste n'a aucun siège de prédilection, le fibrome préfère pour se développer la région ilio-inguinale ou la zone des muscles droits.

Si les kystes musculaires prêtent volontiers à la confusion, il n'en est pas de même des kystes péritonéaux ; leur grand développement, leur fluctuation, leurs caractères diffus les mettent à l'abri des causes d'erreur.

Maintenant que nous voilà débarrassés d'une catégorie de tumeurs, abordons la deuxième et ici les erreurs possibles ne sont pas moins nombreuses. Certes le cancer de l'épiploon avec son ascite sanglante, avec son allure rapide, avec les troubles

qu'il provoque ne mérite pas de nous arrêter ; ainsi des tumeurs de l'estomac, des tumeurs vésicales.

Comme tumeurs pouvant être prises pour un fibrome signalons les tumeurs de l'épiploon, les tumeurs de l'utérus, les tumeurs intra-abdominales du ligament rond et le kyste de l'ovaire.

Les tumeurs de l'épiploon se présentent sous plusieurs aspects ; c'est tantôt une épiplocèle intra-pariétale, une épiplocèle prépéritonéale ; c'est tantôt un fibrome épiploïque, ce peut être aussi un lipome épiploïque.

Comme fibrome épiploïque, il est intéressant de rapporter l'observation du professeur Cornil et du Dr Coudray, observation publiée dans le *Bulletin de la Société anatomique* de février 1906. Il s'agissait « d'un fragment d'épiploon, isolé de la masse épiploïque devenu fibreux au fond d'un sac de hernie inguinale et simulant un fibrome de la paroi ». Voici le résumé de ce cas : « Le malade, un homme, était hernieux depuis de longues années ; la hernie, un jour, semble guérie. Trois mois après, réapparaît une tumeur, mais irréductible partiellement et constamment dure. Cette tumeur siège au niveau de la hernie ancienne ; elle est grosse comme une petite châtaigne, très dure, assez régulière, extrêmement mobile, nettement sous-cutanée. Elle adhère un peu à l'aponévrose du grand oblique en dehors de l'orifice superficiel du canal inguinal : en faisant tousser le malade on ne provoque pas d'issue de l'intestin, ni de l'épiploon. A l'opération, la tumeur paraît

libre d'adhérences à sa surface, mais se prolonge en haut par un long pédicule qui est un sac herniaire complètement vide ; la tumeur semble appendue à ce sac... l'examen microscopique montre qu'ils s'agissait d'un fragment d'épiploon. »

Le fibrome de l'épiploon ne se manifeste pas toujours ainsi. Dans la *Semaine médicale* du 12 mars 1908, Heurteaux, de Nantes, en rapporte un cas qui simulait un fibrome de la paroi en raison des adhérences que la tumeur offrait avec le péritoine.

Le lipome épiploïque ne peut prêter à confusion que s'il pénètre dans une masse herniaire ; que s'il se libère du reste de l'épiploon et reste dans le sac comme seul organe. Il n'y avait d'ailleurs aucun fait positif, comme le déclare le professeur Cornil.

Aucune de ces tumeurs épiploïques ne possède le signe caractéristique du fibrome de la paroi ; et cette absence d'immobilisation permet dans les cas douteux de trancher le diagnostic.

Parmi les erreurs le plus fréquemment commises, il faut signaler l'erreur avec les fibromes utérins ; il est vrai qu'un examen ultérieur et mieux conduit rétablit la vérité dans l'immense majorité des cas. Il en est de même pour les kystes de l'ovaire. Dans ces tumeurs génitales ou annexielles, le toucher vaginal, combiné au palper abdominal, sera d'un précieux secours.

Occupons-nous dorénavant des tumeurs intra-abdominales du ligament rond, bien étudiées par MM. Delbet et Heresco. Ces tumeurs sont surtout

fréquentes entre quarante et cinquante ans ; les règles les augmentent, leur structure est identique à celle des fibro-myomes utérins ; elles sont irrégulières bosselées, noduleuses, pédiculées. Elles déterminent peu de phénomènes fonctionnels, sauf quelques douleurs et quelques tiraillements ; au toucher, la tumeur est anté-utérine, indépendante de la matrice, un peu mobile ; après une phase très lente, on note un brusque accroissement ; dès lors, l'évolution est rapide et la santé générale atteinte. Ce tableau ne rappelle que de très loin le fibrome de la paroi.

Malgré l'apparence de difficulté que nous offre le diagnostic, on peut arriver à le faire. Signalons toutefois en terminant ce chapitre clinique que le fibrome est un peu plus difficile à déceler pendant la grossesse. On sait en effet que la femme enceinte complique assez souvent sa grossesse d'un fibrome utérin, et le diagnostic entre ces deux catégories de fibromes peut revêtir une certaine difficulté dans les derniers temps de la grossesse. Budin a même signalé une erreur peu commune : celle se rapportant à un fibrome développé sur l'arcade de Fallope du côté droit et que l'on avait pris pour les petits membres du fœtus, puis pour un fibrome utérin.

Comme moyens de différenciation on se basera sur les faits suivants : chez la femme gravide, le fibrome utérin se ramollit, et la palpation, faite en dehors des contractions utérines, permet d'apprécier ce ramollissement ; le fibrome de la paroi garde tou-

jours sa même consistance. Pendant la contraction utérine le fibrome de la matrice devient plus net, plus ferme, plus saillant ; celui de la paroi conserve ses caractères, sauf à être pour ainsi dire énucléé et refoulé en avant par le durcissement de l'utérus. Le fibrome utérin se déplace avec la matrice, celui de la paroi est totalement indépendant de la situation occupée par l'utérus. Il est enfin un signe plus important aux yeux de Budin : dans l'effort, dans la paroi abdominale, le fibrome de la paroi reste perceptible comme auparavant ; le fibrome utérin disparaît complètement sous la cuirasse pariétale.

Après l'accouchement, pendant l'involution utérine, le diagnostic devient facile.

De cette longue étude, il ressort que la clinique arrive assez facilement à localiser la tumeur dans la paroi. Quant à préjuger du tissu que contient le néoplasme, elle ne le peut. Le microscope a seul le pouvoir de faire ce diagnostic, toutefois il est aidé dans certains cas par l'évolution de la néoplasie. C'est ainsi que le sarcome détermine volontiers des douleurs, des tiraillements, même des ulcérations avec liquide légèrement purulent s'il y a une infection secondaire surajoutée ; qu'à la palpation il a une consistance variable ; qu'il adhère à la peau dans la moitié des cas, qu'il a une marche continue et rapide. Le fibro-sarcome a sa seconde phase d'accroissement rapide, incroyablement progressif, pouvant même aux yeux de quelques classiques nécessiter une opération d'urgence.

Il est plus sage de se fonder sur l'histologie pour différencier ces tumeurs ; nous ne reviendrons pas sur les détails de structure déjà étudiés. Connaissant la texture du fibrome de la paroi d'après les caractères donnés dans notre chapitre d'histo-pathologie, il est facile de rejeter les autres tumeurs de la paroi : fibres musculaires lisses, dégénérescence muqueuse, cellules rondes embryonnaires ne doivent jamais se rencontrer sur les coupes d'un vrai fibrome. La présence de ces éléments fera ranger la néoplasie dans telle ou telle catégorie. Mais répétons que la conclusion, pour être affirmative, doit porter sur un nombre considérable de coupes, prises sur divers segments de la tumeur enlevée. Et ce ne sera qu'après que la lecture de ces nombreuses coupes aura montré partout la structure du fibrome adulte typique qu'on pourra dûment annoncer son diagnostic.

Cette recherche exacte de la structure a surtout son intérêt dans ce fait qu'elle permet d'établir un pronostic post-opératoire, au point de vue de la récurrence. A ce titre elle mérite d'être systématiquement pratiquée dans l'exérèse des tumeurs de la paroi abdominale antérieure.

TRAITEMENT

Au début de notre pathogénie, nous avons montré, par une preuve à l'appui, l'influence exercée par cette pathogénie sur la thérapeutique des fibromes. Ce chapitre du traitement nous raffermira dans cette notion, et nous-même, d'accord avec de jeunes chirurgiens, nous proposons une méthode opératoire basée sur la doctrine que nous avons soutenue.

Loin de nous l'intention de faire une revue détaillée de toutes les méthodes opératoires proposées : la plupart sont discrètes, telles la section ou la ligature sous-cutanée du pédicule présumé de la tumeur ; les injections ou les sétons à travers la masse néoplasique, les cautères et les fondants à la surface du néoplasme. Certes, il ne faut pas blâmer nos anciens qui recouraient à ces stratagèmes. Pouvaient-ils faire mieux ? Quelques-uns plus hardis, s'attaquaient courageusement à la tumeur ; mais dès qu'ils arrivaient à la face profonde du fibrome ; dès qu'ils sentaient les adhérences qui unissaient la tumeur au péritoine sous-jacent, ils s'armaient d'une prudence extrême et, ou décollaient le néoplasme ou abandonnaient la zone d'adhérences. C'est que le péritoine était là, dont l'ouverture, avant la période préantiseptique, constituait un arrêt de mort pour le malade. Ceci nous explique pourquoi, dans les observa-

tion anciennes, le chirurgien concentre toute son attention, toute son habileté à diagnostiquer avant l'acte opératoire l'état des relations péritonéo-fibromateuses ; l'observation de Bouchacourt représente de façon parfaite l'état d'esprit du chirurgien.

A l'heure actuelle, ces hésitations, ces demi-mesures n'ont plus leur raison d'être ; le péritoine reste soumis à la chirurgie moderne, et le seul traitement que l'on puisse proposer pour ces tumeurs fibreuses de la paroi, c'est l'ablation. Elle seule peut donner la guérison. Cependant cette exérèse doit obéir à des lois particulières et, telles que l'entendent les classiques, elle peut être dangereuse, non pas pour le malade, mais pour l'avenir ultérieur de la néoplasie, dont elle n'empêche pas le retour. D'ailleurs n'est-elle pas ébranlée par les cas nombreux de récidives relatés par les auteurs récents ? Le cas d'Esmarch ne plaide-t-il pas éloquemment contre elle, puisque six fois elle a été faite et six fois elle fut insuffisante ?

Etudions-la donc, afin de voir le défaut qu'elle contient ; et ce vice bien constaté, nous pourrons avantageusement la supplanter par notre méthode. Nous ne saurions mieux faire, pour l'exposé du traitement classique, que de résumer les idées de MM. Labbé et Rémy : « Lorsqu'on veut pratiquer l'extirpation d'un fibrome de la paroi abdominale antérieure, disent-ils, l'incision de la peau n'offre rien de particulier, il faut choisir la direction qui permet de découvrir le plus facilement la totalité du néoplasme... La tumeur apparaît... Alors deux

difficultés peuvent se présenter en même temps. L'une est constante, c'est la direction des couches lamelleuses superposées à la tumeur, ces lamelles sont minces et transparentes. Il est important de les ménager pour plusieurs raisons : d'abord parce qu'elles contiennent des muscles qu'il est utile de conserver, ensuite parce que si l'on ne serre pas la tumeur d'assez près on s'expose à produire des décollements intermusculaires qui peuvent donner lieu à des complications sérieuses... L'autre difficulté vient de l'hémorragie veineuse... Quand on arrive à la *périphérie de la tumeur*, *il faut déchirer les insertions musculaires et aponévrotiques sur la tumeur avec la spatule ou avec le doigt, lentement, fibre par fibre...* Pour ce qui est du péritoine, il faut le décoller le plus possible ; si les adhérences sont intimes, ouvrir et réséquer la séreuse constituent un acte raisonnable. Après quoi, on suture le péritoine, on fait une restauration solide de la paroi musculaire dans le but d'éviter une éventration ultérieure ; on suture la peau. »

La plupart des temps de l'opération classique doivent être conservés ; par contre il en est qui doivent être modifiés. Qui ne voit que cette opération est étroitement fonction de la théorie pathogénique classique ? Classiquement la tumeur est encapsulée ; donc arriver sur la capsule, la décoller, la séparer des parties voisines constitue l'acte opératoire rationnel. Et Labbé et Rémy ont eu bien soin d'insister sur la conduite à tenir au niveau de la tumeur.

Cette façon de faire nous paraît condamnable. Elle ne tient pas compte de la nature exacte du néoplasme, elle ignore la zone d'infiltration fibreuse où le néoplasme est en pleine activité. En laissant cette zone de la tumeur dans la plaie, elle autorise la récurrence. Les faits eux-mêmes sont venus démontrer l'insuffisance d'une telle intervention, rappelons la statistique de Pflüger qui affirme cette récurrence de la tumeur dans plus de 30 o/o des cas.

Aussi, frappés de cette fréquence de la repullulation du néoplasme, certains auteurs ont tout récemment cherché à l'atténuer, en proposant un nouveau plan opératoire fondé sur la nature histologique du fibrome. Non seulement ils procèdent à l'ablation de la tumeur, mais ils sectionnent en plein tissu sain, au delà de cette zone infiltrante fibreuse, de façon à enlever toute trace de fragment néoplasique. Les résultats viendront bientôt, nous l'espérons, apporter leur appui, à ce procédé si rationnel, qui toutefois reste impuissant devant cette influence mystérieuse qui pousse la cicatrice à devenir exubérante.

Quoiqu'il en soit, cette méthode nous semble constituer un progrès réel et à ce titre nous l'adoptons. A l'exemple de MM. Lecène et Delamare qui en ont été les promoteurs, nous l'appelons l'*énucléation résection*. « D'une façon indiscutable, disent ces auteurs, dans une partie au moins de sa circonférence le fibrome de la paroi abdominale s'infiltré dans les muscles... et il ne faut pas se fier aux doctrines

classiques qui laissent énucléer de beaucoup trop près les fibromes de la paroi. Cette énucléation systématique expose à laisser des éléments néoplasiques infiltrés dans le muscle, d'où récurrence locale. »

Donc, lorsque nous nous trouverons devant le fibrome mis à nu, son énucléation devra être tentée dans toutes les portions où un plan de clivage facile sépare la tumeur des tissus voisins et permet un décollement aisé. Mais lorsque le bistouri du chirurgien se trouvera au niveau de cette zone infiltrante fibreuse tant de fois signalée, il devra abandonner la tumeur, se porter dans les tissus sains et sectionner franchement à une certaine distance de la tumeur ; ainsi on sera sûr de ne rien laisser dans la plaie. La conduite sera la même si le péritoine adhère à la tumeur. La résection faite, il faudra reconstituer aussi exactement que possible la paroi abdominale.

Telle est, à notre avis, la meilleure façon de lutter contre les tumeurs fibreuses pures de la paroi antérieure de l'abdomen ; elle nous semble la plus propre à éviter les récurrences post-opératoires ; elle est à coup sûr la plus rationnelle.

Nous ne pouvons nous empêcher en terminant cette étude de constater que l'histologie domine toute l'histoire des fibromes de la paroi, que c'est autour d'elle que gravitent l'étiologie, la pathogénie et la thérapeutique. Ainsi est justifiée la place importante que nous lui avons donnée dans ce travail que nous aurions voulu plus complet.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Hôpital Lariboisière, salle Gosselin.)

Fibrome de la paroi abdominale

M^{me} L. M..., vingt-quatre ans, entre à l'hôpital pour une tumeur non douloureuse de la paroi abdominale le 15 juin.

Antécédents héréditaires. — Grand-père maternel mort à cinquante ans d'un cancer de l'estomac.

Antécédents personnels. — On ne trouve pas de maladies antérieures ; réglée à seize ans, toujours régulièrement depuis, pas de fausses couches. Un enfant de deux ans bien portant ; étant enceinte elle affirme qu'elle n'avait encore aucune tumeur. Accouchement normal, enfant de 4.000 gr. Pas de déchirure périnéale. Pas de douleurs spéciales au niveau de la paroi abdominale ni pendant la grossesse ni pendant l'accouchement.

Six mois après son accouchement la tumeur paraît ; elle la remarque alors qu'elle est déjà grosse comme une noisette. Pendant un an, la tumeur s'accroît à peine, puis en six mois, brusque accroissement pour arriver au volume actuel d'un œuf ; pendant ces six mois, rien de particulier ; on ne note aucune douleur provoquée par la tumeur.

Opération. — 19 juin. — La malade sort de l'hôpital le 29 complètement rétablie.

Des coupes de cette tumeur ont été faites et nous ont fourni les idées énoncées au chapitre d'histologie pathologique.

OBSERVATION II

(Hôpital Lariboisière.)

Berthe R..., vingt-cinq ans, entre à l'hôpital le 9 octobre 1906.

Antécédents personnels. — Rougeole.

Réglée à treize ans, très régulièrement depuis.

Mariée à vingt ans.

A vingt et un ans, avortement de trois mois.

A vingt-deux ans, grossesse et couche normales ; fille vivante.

A vingt-trois ans, deuxième grossesse et deuxième petite fille à laquelle il manque le pavillon de l'oreille.

A vingt-trois ans et demi, nouvelle fausse couche de trois mois.

A vingt-quatre ans, naissance d'un garçon qui meurt de méningite. Pendant la dernière grossesse la malade perçut une grosseur dans la région iliaque ; consulté, M. Bonnaire la rassure et n'intervient pas ; la malade se plaint chaque matin de sa jambe droite qui lui paraît lourde et flasque.

Trois mois après l'accouchement, les troubles de la jambe s'accroissent ; quatre mois plus tard symptômes généraux : insomnie, asthénie, sueurs nocturnes, dyspepsie, pas de température. La tumeur s'accroît et la malade se décide à consulter.

M. Paulalion, de Marseille, diagnostique une tumeur fibreuse de la paroi abdominale. M. Mauquet fait le même diagnostic et tous deux proposent l'exérèse. En attendant, des pansements humides sont faits à l'éther iodoformé et semblent calmer la malade.

Elle entre à Lariiboisière où elle est opérée par M. le Dr Chifoliau. Cette tumeur est située au-dessus de l'arcade crurale ; son volume est celui d'un petit œuf fusionné avec les muscles petit oblique et tranverse ; on remarque un *pseudo* pédicule adhérent à l'épine iliaque antéro-supérieure.

Ablation complète de la tumeur. Revue le 6 février 1907 la malade est dans un état parfait. Nouvelle grossesse de deux mois.

Des coupes de cette tumeur ont été faites et ont fait le sujet de notre chapitre d'histologie pathologique.

OBSERVATION III (H. Morestin.)

(In Bulletin de la Société anatomique, mai 1899.)

Fibrome de la paroi abdominale

Il s'agit d'une femme de vingt-six ans qui est entrée le 10 mai à l'hôpital Saint-Louis, Isolement, n° 17. Elle a eu deux enfants, dont l'aîné a sept ans, le plus jeune cinq ans. Ses grossesses ont été normales et les accouchements très simples. La santé générale est excellente, et il n'y a pas eu de maladie antérieure.

Au côté gauche, un peu au-dessus de l'aîne, est une petite tumeur, dont la présence a été constatée depuis huit mois et

qui, paraît il, a augmenté sensiblement de volume depuis quelque temps. Les dernières règles ont été douloureuses et la malade en a pris de l'inquiétude. Elle en a accusé la tumeur et s'est décidée à l'extirpation.

L'utérus est un peu abaissé, le col un peu gros, conservant la trace d'une déchirure ancienne et atteint d'une inflammation chronique, mais ni très profonde, ni très étendue; en somme rien de bien sérieux de ce côté. Les annexes sont, ou du moins paraissent saines.

La tumeur ne fait point de saillie extérieure appréciable. C'est qu'elle est petite, que la paroi abdominale est chargée de graisse et enfin que le néoplasme est situé dans les couches profondes de cette paroi, comme on peut s'en assurer par la palpation. Ce dernier mode d'exploration donne, en effet, des renseignements fort nets sur ses caractères et sur son siège. On sent à un travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale, tout près de l'épine iliaque antérieure et supérieure, une masse dure, lisse, indolente au toucher, du volume d'une grosse noix, indépendante des téguments, légèrement mobile sur les plans profonds quand les muscles sont relâchés, et fixée par leur contraction. Ses limites sont moins faciles à apprécier quand les muscles sont tendus, mais elle ne disparaît pas. Cette tumeur est donc en connexion intime avec la paroi ou plutôt elle fait corps avec elle, mais elle est dans les couches profondes de cette paroi. Son siège, ses rapports, sa consistance, l'âge de la femme et la marche de l'affection nous firent porter sans hésitation le diagnostic de fibrome pariétal.

L'extirpation en fut pratiquée le 12 mai. Je procédai à une

dissection soigneuse et lente pour tâcher d'établir les connexions et les rapports. L'aponévrose du grand oblique fut mise à nu au niveau de la tumeur, par une assez longue incision parallèle aux fibres de cette aponévrose, commençant au-dessus de la crête iliaque et allant jusqu'au voisinage de l'anneau inguinal superficiel.

L'aponévrose du grand oblique, soulevée par la tumeur, était intacte, elle glissait à sa surface et n'avait avec elle que des adhérences celluleuses fort lâches. Ce plan fibreux incisé, et les deux lèvres de l'incision saisies et écartées par des pinces de Kocher, on put voir la masse néoplasique d'un blanc rosé, ayant la forme et le volume d'une amande verte encore entourée de sa coque. Elle était environnée des fibres musculaires du petit oblique. *Le ligament rond n'avait aucun rapport avec la tumeur.* Celle-ci était englobée dans les fibres rouges du petit oblique qu'il fallut couper tout autour de la tumeur. Tout autour le petit oblique et le transverse sont généralement fusionnés. La tumeur occupait presque dans toute son épaisseur le plan charnu formé par ces deux muscles.

Cependant après son extirpation il restait encore quelques fibres voilant le fascia transversalis complètement respecté. La plaie fut ensuite refermée par des sutures profondes et superficielles, sans drainage.

Les fils ont été coupés aujourd'hui même 19 mai, et la réunion est parfaite.

La tumeur extirpée, d'une consistance très ferme, est blanchâtre à la coupe et uniforme. Sur les préparations microscopiques, on voit qu'elle est composée de tissu fibreux pur et très dense. On n'y voit aucune trace de fibres muscu-

lares lisses. Mais à la périphérie, on voit tout autour de la tumeur des faisceaux de fibres striées, coupées en travers. Ce sont les fibres du petit oblique et du transverse. Beaucoup de ces faisceaux sont englobés complètement par le tissu fibreux qui les entoure, les sépare les uns des autres, les écarte. On en peut conclure que ce fibrome était en voie d'accroissement assez rapide, et cela d'autant mieux qu'il n'y a pas de limite nette, de capsule, qui la sépare des tissus environnants. Dans tous les points considérés, il n'existe que du tissu fibreux ; on ne voit nulle part d'élément qui puisse permettre d'élever là-dessus le moindre doute.

OBSERVATION IV (Résumée)

(Auvray et Marcille. — *In Bulletin de la Société anatomique*, juillet 1899.)

Fibrome de la paroi abdominale

La nommée A..., âgée de vingt-quatre ans, entre à l'hôpital de la Charité le 18 avril 1899 pour une tumeur ayant apparu cinq ans auparavant, à la suite d'une première grossesse... Sous l'influence d'une deuxième gestation terminée le 24 août 1898, la tumeur a grossi, est devenue sensible, et les douleurs conduisent la malade à l'hôpital.

On constate vers le tiers interne d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure l'existence d'une tuméfaction étalée. C'est une masse dure, intra-pariétale, présentant les caractères d'un fibrome de la paroi.

Opération. — Pour faire l'extirpation de la tumeur au

bistouri, il faut couper dans le tissu musculaire du petit oblique en serrant autant que possible la tumeur.

Examen microscopique par M. Cornil. — La tumeur est formée de tissu fibreux vascularisé ; on y trouve des faisceaux de tissus fibreux entre-croisés et des *cellules conjonctives*. C'est une tumeur purement fibreuse.

OBSERVATION V (Résumée)

(Esmarch. — *In* thèse de Cornils, de Kiel.)

Fibrome de la paroi abdominale antérieure. — Petite ouverture du péritoine. — Guérison

Margaretha B..., de Wasboe, âgée de trente quatre ans, d'une santé parfaite, d'une solide apparence, dit avoir observé pour la première fois, le 20 juillet 1859, une tumeur du volume d'une noix dans la paroi du ventre, à droite de l'ombilic. Comme elle avait accouché le même jour, elle en conclut que c'était la cause de sa tumeur. Celle-ci devint bientôt plus grosse par un autre accouchement. Excepté quelques sensations de tractions, elle ne perçoit pas de douleur.

La malade fut reçue le 22 août 1860, à l'hôpital de Kiel. Sous la peau très flaccide de l'abdomen, se voyait une tumeur sans adhérence sous-cutanée, de la grandeur d'un œuf de poule qui, à sa base, adhérait par une partie atténuée. Elle pouvait être facilement circonscrite par la main et on la sentait dure et tubéreuse au toucher. En attirant la tumeur on sentait sous les doigts des fibres du muscle oblique externe qui s'y rendait.

... La tumeur semblait adhérer aux couches profondes des

parois abdominales, avec le fascia transversalis et avec le péritoine.

On posa le diagnostic fibrome. Le professeur Esmarch opère le 8 août... et laisse une petite partie de la tumeur, afin de ne pas trop approcher du péritoine au fond de la plaie.

Un examen approfondi fit voir qu'il s'agissait d'un fibrome commun, dur. Des parties de membranes fibreuses adhérentes à la tumeur montrèrent qu'elle avait pris son origine dans le fascia transversalis.

Malgré une légère infection, la malade sortit au bout de quelques semaines, guérie...

La tumeur incisée largement, offre à la coupe une surface blanche, homogène, cloisonnée, très dure, plus grise que le tissu encéphaloïde, ne fournissant pas au raclage le suc laiteux caractéristique, et sans aucune vascularisation.

Robin, prié d'examiner cette tumeur au microscope, n'y trouve pas de cellules cancéreuses, mais seulement du tissu fibro-plastique.

OBSERVATION VI

(Limaugé, médecin de bataillon de 1^{re} classe à Bruxelles.)

Tumeur fibreuse prise d'abord pour un cancer.

Opération. — Guérison.

Le nommé G..., boulanger, âgé de cinquante-cinq ans habitant la commune d'Uccle, était porteur, depuis plusieurs années, d'une tumeur volumineuse, dans l'épaisseur des parois abdominales. Cet homme, d'une constitution éminem-

ment nerveuse, maigre, n'avait antérieurement été atteint d'aucune maladie. Ses père et mère et ses enfants n'ont jamais présenté de maladie semblable à la sienne.

Il y a environ quatorze ans, G. . ressentit au côté droit et un peu au-dessus du nombril, une tension qui le gênait dans les mouvements. Il s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur du diamètre de 1 centimètre, qui alla toujours croissant pendant les dix premières années, sans déterminer d'autres phénomènes que de la gêne dans les fonctions digestives. Au bout de ce temps, la tumeur avait le volume du poing. Dans les quatre dernières années, elle s'accrut rapidement ; la gêne des fonctions digestives augmentait en raison du volume ; des douleurs sourdes, profondes, fugitives, furent suivies de douleurs que le malade comparait à des élancements, et qui reparaissaient plusieurs fois dans la journée. A partir de cette époque, le teint de G...s'altéra sensiblement, il devint d'un jaune paille.

Ce fut surtout pendant ces quatre dernières années que G... songea sérieusement à réclamer les secours de la médecine. Il s'adressa successivement à plusieurs praticiens, dont les uns conseillèrent les applications émollientes, d'autres les résolutifs, tels que les préparations de plomb, d'iode, etc. ; dans les derniers temps, enfin un chirurgien distingué proposa le séton qui ne fut pas appliqué. On avait aussi employé sans succès les saignées locales.

Le 27 octobre dernier, je fus appelé en même temps que M. le Dr Lebeau. Nous trouvâmes une tumeur du volume de la tête d'un enfant de quatre à cinq ans, située dans l'endroit indiqué plus haut. Elle était dure, non bosselée, *recouverte d'une peau profondément altérée*, rouge et sur le point

de s'ulcérer en plusieurs endroits, et le malade nous apprit qu'il ne pouvait plus manger sans éprouver de grands dérangements des fonctions digestives. Les douleurs étaient continues et souvent lancinantes; la tumeur avait pris dans ces derniers temps un grand développement vers la partie supérieure et comprimait surtout le côlon transverse et l'estomac. G... était fort amaigri et son teint profondément altéré.

Le malade nous posa formellement la question : pouvait-il être oui ou non opéré. Quelques praticiens, auxquels il s'était adressé avant nous, avaient répondu négativement, dans la pensée que l'affection, étant de nature cancéreuse, serait sujette à récidive.

Contrairement à cette opinion, nous nous décidâmes pour l'affirmative pour les motifs suivants : la tumeur était dure, arrondie et non bosselée ; elle avait mis beaucoup de temps à se développer, et l'altération de nutrition s'expliquait, très bien, par cette longue gêne apportée dans les fonctions digestives. Quant aux douleurs lancinantes, nous pensâmes qu'elles étaient loin de constituer un signe certain de cancer, et nous fûmes d'avis que la tumeur était de nature fibreuse, genre d'affection si bien décrit dans ces derniers temps, et particulièrement par Müller. En conséquence l'opération fut pratiquée le 28 du même mois en présence de M. Lebeau et de quelques médecins de la localité. Ne pouvant conserver intégralement la peau altérée qui recouvrait la tumeur, je pratiquai au centre de celle-ci une incision circulaire de 12 centimètres de diamètre. Je dus sacrifier toute l'épaisseur des muscles abdominaux, attendu que la tumeur était implantée sur l'aponévrose profonde (*fascia internalis*) ;

une dissection minutieuse parvint à la séparer complètement de cette membrane, et le péritoine fut ainsi préservé de toute atteinte. Il ne restait plus qu'un mince pédicule fortement adhérent à l'aponévrose. Au moment de la séparation de la tumeur, apparut un jet artériel abondant. L'artère lésée avait le volume de la radiale, et nous supposâmes qu'elle était une des branches de la mammaire interne qui s'unit à l'épigastrique, anormalement développée par la nutrition de la tumeur. Nous cherchâmes en vain à la lier ; à chaque tentative pour la saisir, soit avec des pinces, soit avec le tenaculum, elle passait sous l'aponévrose entre cette membrane et le péritoine.

Le sang coulait abondamment, le malade perdait visiblement ses forces, il fallait prendre un parti. Diviser l'aponévrose et mettre à nu le péritoine, c'était s'exposer à léser cette membrane et à encourir toutes les chances d'une inflammation et d'une éventration. Appliquer le cautère actuel était impossible, puisqu'on ne pouvait atteindre le vaisseau ; n'était-ce point, d'ailleurs, provoquer inévitablement une péritonite mortelle ? Nous n'avions sous la main aucun moyen hémostatique.

Pendant qu'un aide exerçait la compression, je fis pulvériser finement du charbon de bois et j'en saupoudrai des boulettes de charpie. Elles furent successivement appliquées les unes sur les autres à l'endroit d'où partait le sang ; ces boulettes furent assez nombreuses pour offrir une épaisseur de trois travers de doigt.

Des compresses graduées furent superposées et un bandage roulé compressif appliqué pour maintenir l'appareil.

Dès ce moment l'hémorragie s'arrêta et ne se reproduisit

plus. Comme on le voit, aucune réunion ne fut possible. Pendant tout le temps que dura l'opération, le sujet placé sous l'influence du chloroforme, ne ressentit aucune douleur.

L'appareil ne fut levé que le cinquième jour, alors que la suppuration en avait détaché les différentes pièces. Les pansements furent renouvelés tous les trois jours, la cicatrisation fit des progrès rapides et deux mois après elle était complète.

Le teint du malade avait retrouvé sa coloration normale, les fonctions digestives s'accomplissaient bien et G... a repris un certain embonpoint.

Examen de la tumeur. — Coupée en différents sens la tumeur fut trouvée, uniformément constituée de tissu fibreux, sans trace de vaisseaux, sans aucun point ramolli, ayant dans toute son étendue la même consistance. Elle crépitait sous le scalpel et pesait environ 5 livres. Sa nature fibreuse ne fut mise en doute par aucun des assistants.

OBSERVATION VII (Volkmann)

Fibrome de la paroi de l'abdomen

A... Clara, femme d'artisan de Salza, est âgée de vingt-huit ans. La malade a eu deux accouchements normaux et a été toujours bien portante. Au commencement de sa deuxième grossesse (il y a un an et demi), elle remarque dans la moitié droite du ventre un peu au-dessus de l'ombilic un petit gonflement dur. Après terminaison de la grossesse

normale, la tumeur s'accrut rapidement jusqu'à la grosseur actuelle sans produire de malaise spécial. Lors de l'entrée de la malade à l'hôpital, on trouve dans le milieu du ventre une tumeur arrondie de la grosseur d'une tête d'homme. Elle occupe presque toute l'étendue de l'abdomen, cependant on constate une plus grande extension à droite. La tumeur est d'une consistance dure, ferme, égale, de surface lisse. Son grand diamètre est dans le grand axe du corps. La peau, du reste normale et non adhérente à ce niveau, est parcourue par d'abondantes veines. La tumeur, dont la situation extra-péritonéale peut être constatée par une exploration combinée, peut être facilement déplacée avec la paroi abdominale. Si l'on presse fortement, latéralement, on peut sentir sa face postérieure : en embrassant ses faces latérales, on peut la soulever.

Opération — 24 juin 1879. — Incision cutanée, sur la ligne médiane, de 25 centimètres de long, qui commence juste sous l'appendice xiphoïde et s'étend presque jusqu'à la symphyse. Les deux muscles droits courent très amincis sur la tumeur et s'étalent latéralement. La tumeur se laisse très facilement énucléer des parties environnantes, à l'exception de quelques adhérences plus solides à gauche au muscle droit et en arrière au péritoine. Le péritoine est en partie épaissi, mais il fut déchiré en un endroit sur une étendue de 6 à 8 centimètres. L'ouverture fut de suite bouchée avec les doigts et suturée au catgut, puis la plaie fut fermée. Drains, pansement antiseptique. Cours normal de la blessure... La tumeur pesait après son ablation 3 liv. 1/4. Elle était arrondie, entourée d'une capsule nette *que traversaient quelques fibres musculaires coupées au ras* ; à la section,

le couteau grince et le tissu se montre également solide et dur. La coupe perpendiculaire est homogène gris rougâtre, et rappelle bien le tissu *damassé*. La constitution microscopique est celle d'un pur fibrome.

OBSERVATION VIII (Résumée)

(Volkmann)

Fibrome de la paroi abdominale

M... August, gardien de machine de Fessnitz, est âgé de quarante-trois ans. Le malade, bien portant auparavant, fut atteint, il y a trois ans, d'une péritonite vraisemblablement peu grave dont il dut se soigner pendant cinq semaines.

Il resta dans la fosse iliaque, après la disparition de l'inflammation, une petite place dure qui ne faisait aucun mal. Depuis un an, le noyau s'est accru.

A son entrée, on sent dans la région de la fosse iléo-cæcale, sous la peau normale et non adhérente, une tumeur mobile, dure et à peu près grosse comme un œuf de poule, qui est placée dans la paroi abdominale. Quelques ganglions inguinaux modérément gonflés.

Opération. — 8 février 1879. — On découvre une tumeur solide, couleur de muscle pâle, encapsulée. *Des muscles qui étant soudés intimement avec elle*, plusieurs parties importantes doivent être enlevées ; un morceau de 10 centimètres carrés de péritoine adhérent, est excisé avec la tumeur. Plaie péritonéale fermée par six sutures au catgut, et par-dessus la plaie est suturée.

Fièvre le jour suivant : le reste du temps température normale. Le vingtième jour, c'est-à-dire le 28 février, le malade sort guéri.

A l'examen microscopique, la tumeur fut reconnue être un pur fibrome.

OBSERVATION IX

(Langenbeck. — *In* Labbé et Rémy.)

Gros fibrome de la paroi abdominale.

*Extirpation le 15 janvier. — Mort par péritonite
le 18 janvier 1850.*

Augusta S... de M..., âgée de vingt-quatre ans, célibataire, forte et d'aspect florissant, a souffert dans sa jeunesse de gonflements ganglionnaires scrofuleux dont il ne lui est resté aucune trace. A dix-huit ans, elle fut menstruée ; à vingt, elle accoucha. Après la délivrance vinrent des symptômes d'ovarite du côté droit qui furent écartés par une énergique médication. Depuis deux ans, cette malade a remarqué, par hasard, une petite tumeur dure, de la grosseur d'un pois, sur le côté droit de la paroi abdominale, au-dessus du ligament de Poupart. Cette tumeur s'accrut d'abord lentement, mais ensuite rapidement dans le dernier trimestre. Le 13 janvier, la malade fut reçue à l'établissement.

Une tumeur très ferme, dure et tuberculeuse à sa surface, de la circonférence d'une grosse tête d'enfant, occupe la région abdominale inférieure droite. Elle fait peu saillie à travers les parois abdominales, de façon que la moitié à

peine de son volume est visible à l'extérieur. Elle pénètre au contraire profondément dans la cavité abdominale et à travers les parois abdominales elle ne peut que difficilement être circonscrite par les mains. Elle est un peu sensible aux fortes pressions et détermine vraisemblablement, par sa pesanteur, de fortes douleurs passagères. En touchant par le vagin, on sent la tumeur, lorsque de l'autre main placée à l'extérieur on déprime, profondément, les parois abdominales.

Langenbeck diagnostiqua un fibrome qui devait avoir pris naissance dans les couches profondes de la paroi abdominale, vers le fascia transversalis, parce que, s'il faisait peu de saillie à l'extérieur, il proéminait au contraire beaucoup dans la cavité abdominale. A cause de cela, et comme il s'était manifesté des symptômes d'ovarite aiguë, on pouvait facilement être conduit à croire que la tumeur appartenait à l'ovaire droit. Cette conception fut cependant écartée par les résultats de l'examen interne. Il manquait aussi dans ce cas les symptômes habituels aux tumeurs de l'ovaire et en particulier l'œdème et la douleur dans le membre inférieur correspondant. L'extirpation était indiquée parce que la tumeur, dans son accroissement, avait une marche vers la cavité abdominale et qu'une lésion du péritoine devenait de plus en plus difficile à éviter.

15 janvier. — Langenbeck extirpa la tumeur. La patiente fut étendue sur la table d'opération et endormie par le chloroforme. Un aide déplaçait la tumeur autant que possible en avant et à droite. Une incision longitudinale de 20 centimètres divisa les parois abdominales. Après que le fascia oblique externe et le muscle oblique interne

eurent été incisés, la face superficielle de la tumeur fut mise à jour. Elle put être saisie par une pince de Museux et fortement soulevée...

Après avoir dépouillé plusieurs couches molles de tissu cellulaire, la tumeur fut mieux isolée et il se montra une adhérence de la largeur de la main avec le fascia transversalis. Celle-ci dut être réséquée et décollée du péritoine parce que la partie de la tumeur qui faisait saillie vers la cavité n'aurait pas pu être enlevée sans cela. La séparation du fascia transversalis et du péritoine fut accomplie seulement avec les doigts ; ce dernier fut mis à jour, dans l'étendue de la main, sans être blessé. La tumeur fut complètement isolée jusqu'à un de ses petits prolongements qui s'avancait très profondément, vers la cavité péritonéale. Langenbeck cherchait avec beaucoup de ménagements à dépouiller le péritoine de cette partie, lorsque tout à coup dans un mouvement de traction à peine sensible, une déchirure d'un pouce et demi se produisit dans le péritoine et une anse intestinale sortit. L'anse herniée ne fut pas remplacée sans peine, parce qu'au même moment un violent vomissement survint, comme il en arrive, souvent, pendant le narcose chloroformique. L'hémorragie des parois fut arrêtée par la ligature de deux petites artères. La plaie fut exactement réunie par suture... Comme suites opératoires, péritonite avec mort au quatrième jour.

L'examen microscopique donna les caractères du fibrome, pur.

OBSERVATION X

(Säüger.)

Fibrome à développement rapide de la paroi abdominale antérieure siégeant entre la gaine antérieure du muscle droit de l'abdomen et le péritoine pariétal

M^{me} H..., vingt-cinq ans. Un accouchement il y a six ans. Forceps. Malade pendant un trimestre d'inflammation au bas-ventre. Remarquait depuis environ un trimestre, au-dessus de la symphyse à gauche au niveau de l'insertion inférieure du muscle droit, une tumeur solide d'un accroissement constant qui était de temps en temps le siège de fortes douleurs. La tumeur a bien la grosseur d'un œuf de poule. Elle est sous la peau qui fait saillie et qui glisse facilement au-dessus d'elle.

Elle est presque immobile, un peu sensible à la pression, de consistance très dure. En cherchant avec les deux mains, on peut la sentir sur le plan de la gaine. Un cathéter métallique introduit dans la vessie, promené dans toutes les directions ne touche pas la tumeur...

Opération le 23 avril 1884, en ma clinique particulière. Incision cutanée de 10 centimètres en dehors de la ligne blanche. Fente de la paroi antérieure du muscle droit du côté gauche, par laquelle est de suite visible la surface gris rosé de la tumeur. Celle-ci se laisse facilement décortiquer sur le milieu et sur les côtés. Par en haut, elle s'étendait loin sur le muscle droit qui fut traversé par une aiguille montée et lié des deux côtés. Décortication de la tumeur des

tissus propéritonéaux facile. Enfin détachement des expansions tendineuses de l'insertion inférieure du droit à la symphyse à l'aide de ciseaux, après avoir écarté le muscle pyramidal.

Examen de la tumeur. — Tumeur également dure sur sa surface, expansion ressemblant au tissu tendineux. Surface de section d'un blanc rougeâtre, pauvre en vaisseaux, d'aspect damassé. Le microscope et l'œil me donnent le même résultat.

OBSERVATION XI (Résumée)

(In thèse de Bodin.)

Tumeur fibreuse extra-pelvienne. — Ablation complète.

Louise B..., âgée de vingt-sept ans, entre à l'hôpital Beaujon, le 15 juin 1860, pour une tumeur remarquée huit mois auparavant. Cette tumeur est située immédiatement au-dessus du ligament de Fallope, entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et le pubis : elle a 14 centimètres sur 10 ; elle présente une dureté uniformément élastique ; la peau qui la recouvre est d'un rouge intense ; cette rougeur est due, dit la malade, à deux sétons-fils portés en croix dans l'intérieur de la tumeur. Enfin la tumeur, restée petite pendant la durée de la grossesse, s'était brusquement accrue après l'accouchement.

Opération. — 28 juillet. — La tumeur est énucléée sans trop de difficultés par Huguier.

Examen de la pièce. — Elle est allongée, ovoïde, un peu

aplatie dans le sens antéro-postérieur et a la forme d'un rein ; elle est lisse, unie, sans bosselures... Elle pèse 192 grammes ; sa dureté est élastique. Elle est enveloppée par plusieurs couches de tissu cellulaire condensé et des fibres musculaires sont dissiminées à sa surface. A la coupe on voit des fibres brillantes s'entre-croisant dans différents sens en formant des mailles de grandeur variable. Le microscope n'y révèle que du tissu fibreux.

OBSERVATION XII

(Cmmuniquée par M. le professeur Trélat *in*
thèse de Damalix.)

Fibrome de la paroi abdominale antérieure.

Extirpation. — Mort.

M. S..., vingt-six ans. Bonne constitution. Deux couches bonnes avec suites longues et pénibles ; une fausse couche, péritonite ; douleurs abdominales depuis deux ans.

Au mois de février 1883, après un effort violent de toux, la malade s'aperçoit de la présence d'une tumeur sur le côté droit de l'abdomen, qu'elle prend pour une hernie et qui avait alors la grosseur d'une pomme moyenne.

M. Trélat, après examen de la malade, diagnostique une tumeur fibreuse de la paroi abdominale et propose l'extirpation.

Cette tumeur occupe la partie supérieure et latérale droite de l'abdomen elle est ovoïde, mesurant de 10 à 12 centimè-

tres dans son plus grand diamètre qui est dirigé de haut en bas, et 7 à 8 centimètres dans le diamètre opposé.

Pas de changement de coloration à la peau, qui glisse facilement sur sa surface, tumeur uniformément dure, mate à la percussion, unilobulée ; elle est fixée par la contraction des muscles de la paroi abdominale. Sa tumeur, assez superficielle, ne semblait pas avoir de prolongements profonds.

Les douleurs occasionnées par cette tumeur avaient un caractère névralgique très accentué et revenaient avec une fréquence extrême dans les derniers temps. Ces douleurs, partant de la tumeur, irradiaient dans le bassin et dans la cuisse droite et occasionnaient des crises nerveuses fréquentes.

Constipation habituelle. Etat général excellent. L'opération, proposée à la malade est pratiquée le 19 novembre 1883. La malade étant chloroformée, M Trélat fait une incision verticale de 12 à 15 centimètres suivant le grand axe de la tumeur : il divise la peau, le tissu cellulaire, puis la gaine du muscle droit dans laquelle elle semble contenue.

La tumeur apparaît alors ; lentement, péniblement elle est séparée de la gaine fibreuse. En haut une petite quantité de fibres musculaires adhère à la tumeur ; on les résèque et on dissèque attentivement en bas le point d'implantation de la tumeur sur la gaine profonde du muscle droit. Il n'y a aucune ouverture du péritoine qui vienne faire saillie au niveau de la plaie ; la cavité péritonéale reste absolument fermée. On place quelques ligatures sur les vaisseaux musculaires. La plaie est lavée à l'eau phéniquée à 5 o/o ; des points de suture sont appliqués après drainage, et l'on place un pansement de Lister.

Des accidents abdominaux se manifestent le troisième jour et la malade meurt de péritonite le septième jour après l'opération.

L'examen de la tumeur pratiqué par M. Lalleux montre qu'il s'agit d'un *fibrome pur*.

OBSERVATION XIII

(Observation recueillie dans le service de M. Tillaux
in thèse Damalix.)

*Tumeur fibreuse de la paroi abdominale. — Extirpation.
Guérison.*

M^{me} X..., âgée de vingt-quatre ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 27 octobre 1885, salle Sainte-Marthe, lit n° 4. D'une bonne santé habituelle, cette malade a eu un enfant en 1882. Les suites de couches furent bonnes. Il y a un an environ, les règles se suspendirent deux mois ; elles reparurent le mois suivant et furent suivies à quelques jours d'intervalles d'une perte continue qui dura vingt et un jours. A la période menstruelle suivante, la malade ressentit, près de la crête iliaque droite, une légère douleur. En touchant le point douloureux abdominal, la malade sentit rouler sous son doigt une tumeur lisse, arrondie, du volume d'une noisette. Elle augmentait, paraît-il, de volume au moment des règles.

A cette époque aussi, elle s'accompagnait de douleurs du côté du membre inférieur droit ; elle se décida à consulter M. Tillaux, six mois après le début de la tumeur ; celle-ci, présentait alors le volume d'un œuf de poule.

Sa consistance uniforme est ferme et résistante et donne la sensation d'un fibrome. Elle est indolente à la pression, mais il est par contre facile de reconnaître les points douloureux lombaire, iliaque et fémoro-cutané de la névralgie iléo-lombaire.

M. Tillaux diagnostique une tumeur péri-pelvienne ayant probablement pour point de départ le tissu fibreux de la crête iliaque. Un pédicule semble la fixer à cette dernière. Il incise dans le sens du plus grand axe de la tumeur. *Décor-tication assez pénible, en raison de l'adhérence intime du néoplasme aux muscles abdominaux.*

M. Tillaux parvient peu à peu, avec les plus grandes précautions, à mettre complètement à nu la surface de la tumeur. Il remarque alors qu'il n'existe aucun prolongement du côté de la crête iliaque. Mais à la partie supérieure et interne on trouve une expansion fibreuse très adhérente infiltrée, pour ainsi dire, dans la gaine aponévrotique du grand droit.

La tumeur est peu à peu détachée par sa partie profonde qui adhère au péritoine, et ce dernier fait bientôt saillie par l'ouverture de la paroi. On fait des lavages à l'eau phéniquée forte et l'on applique le pansement selon les règles de la chirurgie antiseptique.

La tumeur examinée par M. Babinski, a été rangée parmi les fibromes.

La malade sort guérie au bout de quinze jours. Deux mois après la guérison se maintenait parfaite.

OBSERVATION XIV

(Observation de Terrillon, *in* thèse de Damalix.)

Tumeur fibreuse profonde de la paroi abdominale.

Guérison.

M^{me} X..., âgée de trente-cinq ans, assez grosse, bien portante, n'ayant jamais eu d'enfants, s'est aperçue depuis quatre ou cinq ans environ de la présence d'une petite tumeur qui siégeait à l'union de la région inguinale et de la région abdominale du côté droit. Cette petite tumeur, grosse comme le pouce, resta stationnaire ou n'augmenta que très lentement pendant deux ans ou deux ans et demi. Depuis cette époque il y eut un accroissement assez rapide accompagné de douleurs de voisinage et de gêne dans la flexion de la cuisse sur le bassin.

La malade entre à la Salpêtrière. On trouve une tumeur de la grosseur du poing, ayant les caractères suivants : elle est allongée, aplatie, et sa forme rappelle celle d'un galet. Libérée dans la couche sous-cutanée elle n'a avec la peau aucune connexion. Son bord inférieur est très voisin de l'arcade de Fallope et semble avoir avec ce cordon fibreux une connexion assez lâche.

Quand la paroi abdominale est relâchée, la tumeur est mobile dans une certaine limite. Si on fait contracter les muscles de cette paroi, on constate une fixation qui cependant n'est pas absolue. Il y a donc rapport intime de la face profonde de cette grosseur avec le plan musculaire.

Enfin cette masse est lisse, non bosselée, d'une dureté égale et fibreuse et peu douloureuse à la pression.

Depuis quelques mois des douleurs névralgiques périphériques survenant certains jours avec intensité gênent beaucoup la malade qui ne peut travailler.

En présence de cette tumeur je propose à la malade de pratiquer l'ablation. Le diagnostic était : tumeur fibreuse de la paroi abdominale, attenant à l'arcade de Fallope, mais avec des connexions profondes inconnues du côté du péritoine.

Une incision faite suivant le grand axe de la tumeur permet de la disséquer facilement dans la plus grande partie de son étendue, on trouve un pédicule fibreux même qui l'unissait à l'arcade de Fallope. En arrivant vers la face profonde, présentation d'une adhérence intime avec le péritoine telle qu'il fallut ouvrir et réséquer un peu le péritoine...

Suites opératoires bonnes et guérison complète.

La tumeur, examinée par M. Denué, interne du service, était un fibrome fasciculé très pur et contenant très peu de vaisseaux.

OBSERVATION XV

(H. Herzfelder in Labbé et Rémy.)

Fibrome de la paroi abdominale

Une femme de trente-six ans pendant sa jeunesse avait eu le typhus et plusieurs attaques de fièvre intermittente. Il y a trois ans et demi, c'était quatorze jours après l'accouche-

ment de son premier enfant, elle remarqua dans la région inguinale droite une tumeur de la grosseur d'une noisette, qui lui était survenue sans cause connue. Elle était dure, indolore, mobile. Elle demeura plus de deux ans dans le même état et s'accrût surtout dans sa dernière grossesse, c'est-à-dire depuis huit mois, avec une grande rapidité et atteignit le volume actuel. Elle se développa sous les téguments, entre les muscles abdominaux, en gagnant de bas en haut. Elle s'élevait sur le côté droit, jusqu'à une ligne fictive tirée horizontalement par l'ombilic. En outre, elle s'étendait vers le bas dans le petit bassin. Elle avait la grosseur d'une tête d'enfant, était bosselée et dure comme la pierre, mobile et indolore. La peau tendue au-dessus de la tumeur montrait aux deux extrémités, comme des vaisseaux artériels très dilatés ; du reste elle avait une couleur et une apparence très bonnes. Après incision, le conseiller aulique, baron de Wattmann, détacha tout le fibrome avec le manche d'un scalpel, des aponévroses et des muscles de la paroi abdominale, au milieu desquels était son siège, et enfin du péritoine.

... Ce fibrome, du poids de 2 livres, fut examiné par Rokitansky et par le professeur Heschl...

C'est une masse grosse comme une tête d'enfant, blanchâtre, très lobulée, très dure, dont la coupe a quelques ressemblance avec les fibromes utérins... Au microscope les points brillant d'un éclat tendineux sont constitués par du tissu conjonctif épais, formé de très fins filaments. Les parties plus molles sont d'autant plus visibles qu'elles sont plus molles ; elles consistent en une simple accumulation de cel-

lules fusiformes sans aucune substance intermédiaire visible. Les vaisseaux sont rares.

Pour en finir, je dois faire remarquer encore que cette femme, d'après une communication de ses parents, revint de son pays complètement guérie, mais qu'une nouvelle tumeur se reproduisit au même point de la paroi abdominale.

OBSERVATION XVI (Résumée)

(Recueillie à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. Daniel Mollière, par M. Désir de Fortuné, interne.)

Sur un cas de fibrome aponévrotique des parois abdominales sans adhérence au squelette

Marie C..., vingt et un ans, ménagère, née à la Mulatière (Rhône), entre, le 30 novembre 1875, à la salle Saint-Paul.

Jamais occupée à des travaux pénibles, mariée à dix-huit ans. Elle n'a eu qu'une couche, dix mois après son mariage. Elle a toujours été bien réglée. Il y a huit mois, elle constate dans l'hypochondre droit la présence d'une petite tumeur, ayant le volume d'une amande.

Actuellement elle atteint le volume d'un œuf de poule ; elle est un peu allongée dans le sens transversal ; elle soulève légèrement la peau qui est normale et plisse facilement sur la tumeur.

A la palpation on sent la surface de la tumeur lisse et sans bosselure. La consistance très dure rappelle celle de l'enchondrome. La masse de la tumeur est facile à circonscrire ; la tumeur est fortement fixée à sa partie profonde ; on peut

à peine lui imprimer des déplacements... M. Mollière porte le diagnostic de tumeur fibreuse développée aux dépens d'une des aponévroses de la paroi abdominale...

Opération. — 3 décembre. — On constate que la tumeur adhère intimement au muscle droit et à son aponévrose ; il faut sectionner au bistouri ces adhérences... Suites opératoires bonnes.

Examen de la tumeur. — Recouverte d'une enveloppe fibreuse peu vasculaire. A la *face profonde*, des faisceaux musculaires fibreux se portent en grand nombre sur la tumeur et lui adhèrent intimement.

Elle présente la forme d'un ovoïde de 7 centimètres sur 4 1/2. D'une consistance très ferme, elle crie sous le scalpel. Sur la coupe les fibres entre-croisées dans toutes les directions présentent un feutrage fibreux à peu près uniforme. Sa couleur est d'un blanc mat.

...Les coupes histologiques montrent uniquement du tissu conjonctif. Les vaisseaux sont rares et peu volumineux... MM. Bard et Chandeux, professeurs agrégés à la Faculté de Médecine, qui ont examiné des coupes, sont d'accord pour conclure qu'il s'agit bien d'un fibrome développé aux dépens des aponévroses.

OBSERVATION XVII

(Dr Abadie, chef de Clinique chirurgicale à Montpellier.

In Bull. de la Société Anat., octobre 1903.)

Fibrome de la paroi abdominale

L... Marie, trente ans, entre le 9 mars 1903, dans le service de M. le professeur Forgue pour une tumeur abdominale.

Règles à seize ans, toujours douloureuses, avançant un peu. Mariée à dix-sept ans ; depuis lors quatre enfants venus à terme, à la fin de grossesses normales, par un travail court et relativement peu douloureux, sans suites de couches pathologiques ; ces enfants sont respectivement âgés de neuf ans et demi, sept ans, trois ans, cinq mois. Aucun antécédent pathologique à relever chez notre malade de bonne santé habituelle, grande et vigoureuse. Le début de la maladie actuelle remonte à mars 1902 ; sans cause provocatrice, douleurs vives dans le ventre, sans localisation nette, avec irradiations à l'anus, nécessitent le repos au lit.

M. le professeur Forgue, consulté constate une tumeur de la région iliaque gauche remarquée par la malade ; il diagnostique l'existence d'un fibrome de la paroi abdominale et en même temps l'existence d'une grossesse de trois mois. Aussitôt après l'accouchement, la tumeur qui, jusque-là, s'était accrue lentement subit une poussée d'accroissement ; ses dimensions augmentent rapidement ; il en est encore ainsi à l'heure actuelle.

A son entrée à l'hôpital, la malade accuse simplement une constipation marquée, presque continue depuis son dernier enfant ; il n'existe aucun phénomène douloureux du côté de sa tumeur.

Celle-ci, située dans la région de la fosse iliaque gauche forme une saillie ovoïde ; sa connexité lisse, à contour elliptique fuyant, à grand axe parallèle à l'arcade crurale, dont il est distant de trois travers de doigt est large de quatre doigts environ ; son pôle supérieur est tangent à une horizontale passant par l'épine iliaque antéro-supérieure ; son extrémité inférieure affleure au mont de Vénus ; son bord interne

atteint à peine la ligne blanche ; le bord externe est tangent à l'arcade crurale qu'il surplombe en pente douce. Cette tumeur est uniformément dure ; on la contourne en tous ses points sans éprouver d'autre résistance que celle de la paroi souple, sauf à la partie supérieure, où l'on sent très nettement un pédicule en corde, qui la rattache à l'épine iliaque antéro-supérieure. La tumeur est mobile avec la paroi ; elle ne plonge ni dans l'abdomen, ni dans le petit bassin où les touchers vaginal et rectal ne montrent rien d'anormal. Particularité intéressante : la tension des muscles de la paroi abdominale fixe absolument la tumeur sans déterminer d'affaissement.

Le diagnostic ne saurait faire de doute ; il s'agit d'un fibrome de la paroi abdominale.

Opération. — 21 mars 1903. — Incision en arc de cercle partant de quatre travers de doigt au-dessus du mont de Vénus et remontant vers le pôle antérieur de la tumeur qu'elle dépasse pour empiéter dans le flanc. Sous l'aponévrose du grand oblique, en plein muscle, on trouve la tumeur régulière, du volume du poing, mais ovoïde, très nettement limitée.

A la surface se rendent de volumineux vaisseaux. Le pédicule qui atteint l'épine iliaque est constitué par une bande de fibres aponévrotiques condensées et tendres.

Pas d'adhérences avec le péritoine ; clivage facile. Réfection soigneuse de la paroi par des fils d'argent séparés chargeant fortement et rapprochant les fibres musculaires ; surjet aponévrotiqué. Un drain oblique... Suites normales. La malade sort de l'hôpital le 11 avril, vingt jours après son opération.

Examen de la pièce, par M. le professeur Bosc

Examen macroscopique. — Tumeur du volume du poing, mais ovalaire et aplatie, très superficiellement lobulée, due à a palpation qui laisse percevoir des parois plus résistantes et comme arrondies. Couleur rougeâtre avec larges travées d'un blanc nacré.

A la coupe, résistance d'un tissu musculaire ; sur la surface de la coupe, la tumeur est formée par un tissu ressemblant par sa couleur et son aspect à du tissu musculaire dissocié dans une de ses parties par de larges travées de tissu conjonctif dur, d'aspect tendineux, mais humide avec des foyers brillants et plus homogènes, ressemblant à des points de dégénérescence myxomateuse. Ces travées conjonctives s'enfoncent peu à peu dans le tissu rougeâtre de la tumeur le dissocient en forme d'îlots qui se déchiquètent et se rapetissent de plus en plus jusqu'à disparition.

Examen microscopique. — La tumeur est constituée par des traînées de cellules et de fibres conjonctives allongées disposées irrégulièrement et le plus souvent en tourbillons entourant des nappes plus ou moins étendues qui représentent une section transversale de ces traînées.

En certains points, ces éléments sont enfermés dans un tissu fibrillaire ondulé, œdématisé. Cet état œdémateux s'accompagne d'une infiltration hémorragique abondante. Les vaisseaux sont très abondants, en forme de lacunes, et présentent souvent une hypertrophie et une prolifération de leurs cellules endothéliales et périthéliales qui les font ressembler à des glandes. En d'autres points le tissu conjonctif

fibrillaire s'épaissit, devient plus compact et forme de larges placards scléreux.

A un fort grossissement, on constate au sein de travées fibrillaires œdématisées des cellules allongées, très légèrement renflées en leur centre, à noyau allongé en forme de bâtonnet, parfois sectionnées obliquement qui peut-être donnent l'impression de fibres musculaires lisses ; mais il s'agit plutôt d'éléments conjonctifs jeunes, œdématisés, dont les extrémités amincies s'insinuent entre les fibres des travées...

M. Cornil pense qu'il s'agit d'un fibrome pur et non d'un fibro-myome.

OBSERVATION XVIII

(P. Fredet, — *In Bulletin de la Société anatomique*,
octobre 1903.)

*Fibrome développé au niveau de la région ilio-inguinale
gauche, sur le muscle petit oblique de l'abdomen*

La malade qui porte cette tumeur l'a remarquée au cours de sa seconde grossesse il y a environ un an et demi. Il existait au-dessus de l'arcade crurale, plus près de l'épine iliaque que de l'épine pubienne, une masse indolore, très dure, du volume d'une noix, mobile quand la paroi était relâchée et fixée par la contraction. La malade ne se préoccupa point de cette tumeur qui ne la faisait pas souffrir et ne la gênait en rien. Elle a accouché sans encombre de son deuxième enfant, elle a même conduit à terme une troisième grossesse.

Il est à noter que ces trois accouchements se sont faits facilement et rapidement. Par contre la tumeur s'est mise à augmenter tout à coup et vite depuis six à sept mois ; par son volume elle devient aujourd'hui une cause de gêne appréciable.

La masse ellipsoïdale, plus grosse qu'un très gros œuf de dinde, a son grand axe parallèle à l'arcade crurale au-dessus de laquelle elle soulève la paroi. Elle reste à peine à deux doigts des épines iliaque et pubienne. Elle est très dure, nettement enchâssée dans la paroi, parfaitement mobile de haut en bas, mais difficile à repousser vers la ligne médiane ; car elle est enchaînée solidement et de court à l'épine iliaque. Dès que la paroi se contracte, l'immobilisation est complète.

En dehors des grossesses, aucun renseignement pouvant présenter quelque intérêt pour l'étiologie.

La tumeur est enlevée (octobre 1903) au moyen d'une incision parallèle à l'arcade crurale ; elle soulève l'aponévrose du grand oblique qui est incisée à son tour. Celle-ci se laisse décoller et écarter le plus facilement du monde. Alors on aperçoit le corps fibreux saillant au-devant du plan du muscle petit oblique et encadré dans la chair de ce muscle. En effet, au-dessous de la tumeur, on note une bande étroite correspondant au bord inférieur des muscles petit oblique et transverse ; au-dessus s'étendent comme dans la normale, les fibres du petit oblique. En dehors, les fibres semblent s'attacher sur la circonférence de la masse, s'interrompre à son niveau, puis renaître en dedans. Les fibres externes attachent le fibrome à l'épine iliaque. Ce sont elles qui s'opposent à un entraînement vers la ligne médiane.

Pour enlever la tumeur, je la saisis au moyen d'un tire bouchon à fibromes, et je découpe autour d'elle le plan charnu des muscles petit oblique et transverse. La masse se laisse amener, car elle ne contracte aucune adhérence avec le fascia sous-péritonéal et avec le péritoine. Puis la brèche musculaire est réparée, par suture des bords du petit oblique et du transverse en premier lieu, et par réunion des deux lèvres de l'incision faite sur le grand oblique d'autre part.

L'extirpation de la tumeur a mis largement en évidence l'artère épigastrique à partir de son coude, et le ligament rond, depuis son point de réflexion sur l'épigastrique, jusqu'au bout du trajet inguinal. La masse enlevée était en contiguité avec le ligament rond et les vaisseaux épigastriques, en dehors et au-dessus desquels elle se développait ; mais ces organes étaient recouverts d'un feuillet celluleux qui les isolait absolument du fibrome. En un mot la situation de la tumeur était telle, qu'elle eût parfaitement pu naître aux dépens du ligament rond, mais la vérité m'oblige à dire que rien de semblable n'a été constaté.

La tumeur affecte aussi des rapports avec les muscles. Quels sont ces rapports ? Il est aisé de les déterminer par simple dissection de la pièce au niveau du néoplasme, les fibres charnues des deux muscles petit oblique et transverse disparaissent. Chacun d'eux est transformé en une nappe fibreuse, qui passe au-dessous de la tumeur. La couche correspondant au transverse peut être séparée du petit oblique, et par conséquent de la tumeur dans toute sa surface, sauf dans une minime étendue, du côté de la ligne médiane. Quant à la nappe du petit oblique, séparable du transverse, elle se confond par sa face superficielle, d'une façon très manifeste

avec le néoplasme qui s'en détache comme une excroissance. Sur une coupe macroscopique faite dans le sens des fibres du petit oblique et par conséquent suivant le grand axe de la tumeur, on voit les fibres musculaires se continuer directement avec une lame de tissu fibreux condensé. La face profonde de cette lame est nettement limitée, mais de sa face superficielle partent des paquets de fibres conjonctives serrées qui pénètrent la tumeur, s'y divisent et s'y imprègnent de manière à fournir un aspect très caractéristique.

L'examen histologique confirme ces données. Sur toutes les pièces, on voit d'épais paquets fibreux, coupés dans diverses directions. On note, comme dans le cas précédent, de nombreux et larges vaisseaux à la périphérie de la tumeur.

Les coupes orientées parallèlement aux fibres du muscle petit oblique montrent les fibres striées de ce muscle, d'abord normales et juxtaposées, à distance de la tumeur ; puis elles s'écartent progressivement les unes des autres, grâce à l'interposition de tissu conjonctif. En même temps, leur largeur diminue, la striation transversale est moins nette. Plus loin on n'aperçoit dans la nappe fibreuse qui s'est substituée aux muscles que quelques fragments étroits, striés en long, derniers vestiges des fibres musculaires. Enfin toute trace de fibre musculaire s'évanouit. Le muscle devient entièrement fibreux et semble former une gaine à la tumeur. Celle-ci fait corps avec la face superficielle de la lame fibreuse.

OBSERVATION XIX

(In Labbé et Rémy.)

Fibrome sous-péritonéal de la paroi abdominale

M^{me} X..., âgée de vingt-cinq ans, bien réglée, mariée depuis quatre ans et demi, avait eu un enfant au mois de mai 1872.

Elle s'aperçut au commencement de 1874, qu'une grosseur très appréciable existait dans l'épaisseur de la paroi du ventre.

Elle fut soumise à un traitement externe à l'aide de pom-mades. Aucun résultat n'étant obtenu, elle se décida à venir consulter à Paris. Deux examens successifs faits par des médecins fort instruits, donnèrent lieu à une fausse interprétation de l'affection. On songea à l'existence d'une tumeur fibreuse dépendant de l'utérus.

Je vis la malade dans les derniers jours de juillet et mon diagnostic fut le suivant : *fibrome de la paroi abdominale*.

Le signe consistant dans l'*immobilisation de la tumeur*, par suite de la *contraction des muscles abdominaux*, était des plus nets, et me permit immédiatement de redresser l'erreur qui avait été commise.

La tumeur, volumineuse, plus grosse qu'une tête de fœtus, siégeant à droite, empiétant sur la région hypogastrique et la région ombilicale, dépassait notablement la ligne blanche. Elle n'est le siège d'aucune douleur, elle n'attire l'attention de la malade que par suite d'une certaine gêne, à

laquelle elle donne lieu, et par suite, de la rapidité assez grande de son développement.

La tumeur est dure, résistante, ne présente pas d'inégalités. A l'aide des deux mains on limite assez bien ses contours, on la déplace en totalité, lorsque les muscles de la paroi abdominale sont dans le relâchement. La santé générale est excellente.

Le toucher vaginal permet de constater que l'utérus est dans sa situation normale, qu'il n'est pas augmenté de volume et qu'il n'offre aucun rapport de continuité ou de contiguité avec la tumeur.

L'opération est pratiquée le 1^{er} août 1874.

Une incision longitudinale, suivant le plus grand diamètre de la tumeur, est pratiquée. Les muscles de la paroi abdominale placés à la partie antérieure de la tumeur sont notablement amincis. J'ai soin d'arriver, aussi rigoureusement que possible, sur le *tissu même* de la tumeur, disséquant successivement toutes les lamelles celluleuses qui l'enveloppent et je puis ainsi la contourner très rigoureusement avec le doigt. J'étais préoccupé de l'ouverture du péritoine et en arrivant à la face postérieure de la tumeur, je redoublais d'attention ; malgré les précautions les plus minutieuses, *celui-ci fut ouvert et se déchira dans l'étendue de 2 cm. 1/2 environ*. L'épiploon vint faire saillie entre les lèvres de la plaie, je me gardai de réduire l'épiploon espérant qu'il prendrait rapidement des adhérences avec les bords de l'ouverture péritonéale et formerait bouchon au niveau de cette ouverture.

Je le fixai à l'aide de trois points de suture.

Dès lors les choses se passèrent très favorablement, la

plaie bourgeonna régulièrement et la guérison fut complète vers le vingt-cinquième jour.

La tumeur n'avait aucune attache avec le squelette, soit épine iliaque, soit côtes. Elle présentait à la coupe l'aspect extérieur *du tissu fibreux*, ce qui a été confirmé par l'examen histologique.

Elle reposait sur le péritoine qui semblait doublé d'un fascia transversalis aminci.

J'ai revu la malade, cette année 1886. La guérison s'est maintenue dans toute son intégrité. Il n'y a pas d'éventration, malgré la grande étendue dans laquelle la face externe du péritoine a été mise à nu.



CONCLUSIONS

1° Les fibromes de la paroi abdominale sont une affection, pour ainsi dire exclusivement féminine.

2° Ils se développent à la suite d'un traumatisme léger ou violent, perçu, ou non senti par la malade.

3° Ce traumatisme s'observe pendant la grossesse, mais surtout dans l'effort mécanique de l'accouchement.

4° Il produit une éraillure ou une rupture musculaire, dont la cicatrice évolue suivant un mode exubérant et forme la tumeur.

5° Au point de vue macroscopique, le fibrome n'est pas parfaitement encapsulé ; toujours en un point quelconque de sa circonférence, il adhère intimement aux tissus voisins.

6° Ce n'est pas une tumeur pédiculée, mais elle est susceptible d'adhérences secondaires simulant un pédicule.

7° Au point de vue microscopique, le fibrome est composé de tissu purement fibreux, sans éléments sarcomateux, sans fibres musculaires lisses ; dans la zone d'adhérence, le microscope montre l'élément

fibreux infiltrant le tissu musculaire strié voisin, englobant ce tissu et se substituant progressivement à lui.

8° Cette zone infiltrante nous explique la fréquence des récidives *in situ*.

9° Cliniquement, la caractéristique du fibrome réside dans son immobilisation par la contraction des muscles de la paroi.

10° Le diagnostic exact ne peut être fait que par l'histologie.

11° Au point de vue thérapeutique, l'énucléation simple est insuffisante ; il faut traiter la tumeur par l'énucléation-résection ; c'est-à-dire sectionner en plein tissu musculaire sain dans la zone infiltrante, afin de prévenir autant que possible la récidive.

Vu : le président de la thèse,

SEGOND

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu, et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Abadie.* — Société anatomique, 1903.
Achard et Læper. — Anatomie pathologique, 1908.
André. — Revue médicale de l'Est. Nancy, 1897.
Auray et Marcille. — Soc. anat., 1898.
Bard. — Anatomie pathologique.
Bodin. — Thèse de Paris, 1861.
Caubet. — Soc. anat., juillet 1902.
Claret. — Thèse de Paris, 1902.
Cornil. — Lipome épiploïque. Soc. anat.
Cornil et Coudray. — Soc. anat., 1906.
Cornil et Ranvier. — Histologie pathologique, 1902.
Coyne. — Anat. pathologique, 1894.
Damalix. — Thèse de Paris, 1886.
Daniel Mollière. — Gaz. des Hôpitaux, 1886.
Delbet et Héresco. — Revue de Chirurgie, 1896.
Forgue. — Pathologie externe.
Fredet. — Soc. anat., 1903.
Freudenstein. — Des tumeurs de la paroi. Inaug. Dissertat.,
Marbourg, 1893.
Glautenay et Fressin. — Soc. anat., 1898.
Gross. — Revue médicale de l'Est, 1875.
Guerrier. — Thèse de Paris, 1883.

- Guinard* (A.). — Traité de Chirurgie.
- Guinard* (U.). — Revue de Chirurgie, 1898.
- Haquin*. — Thèse de Paris, 1888.
- Herzog*. — Thèse de Munich, 1883.
- Labbé et Rémy*. — Traité des Fibromes de la Paroi abdominale, 1888.
- Lancereaux*. — Anatomie pathologique.
- Lecène et Delamare*. — Progrès médical, janvier 1908.
- Lenormant*. — Revue de Chirurgie, 1905.
- Michaux*. — Société de Chirurgie, 1903.
- Traité de Chirurgie.
- Milian*. — Société anatomique, 1904.
- Morestin*. — Société anatomique, 1899.
- Société anatomique, 1904.
- Noirot*. — Thèse de Paris, 1897.
- Purhaubert*. — Thèse de Paris, 1899.
- Reclus*. — Société de Chirurgie, 1895.
- Roguet*. — Thèse de Paris, 1897-1898.
- Salesses*. — Thèse de Paris, 1876.
- Schlosser* (d'Innsbrück). — Archiv. fur. Klinische Chirurgie, 1908.
- Segond*. — Semaine médicale, 1886.
- Gaz. des Hôpitaux, 1890.
- Terrillon*. — Bull. général de Thérapeutique, 1886.
- Ziegler*. — Anatomie pathologique.

